

Bundesarbeitsgemeinschaft
medizinisch-beruflicher
Rehabilitations-Zentren

Phase II

Qualitätssicherung
pflegerischer Arbeit
in der Rehabilitation

HEFT

9

Qualitätssicherung pflegerischer Arbeit in der Rehabilitation

Inhalt

1.0. Vorbemerkung

- 1.1. Ausgangslage
- 1.2. Grundsatz
- 1.3. Selbstverpflichtung

2.0. Anforderung an ein System zur Bestimmung von Inhalt, Umfang und Qualität der pflegerischen Leistungen

- 2.1. Begriffsdefinition pflegerischer Leistungen
 - 2.1.1. Allgemeines Pflegeverständnis
 - 2.1.2. Der Leistungsbegriff im Pflegeverständnis der Gesundheits- und Krankenpflege
- 2.2. Grundlagen für die Bestimmung und Prüfung der Qualität pflegerischer Leistungen
 - 2.2.1. Begriffsdefinition Pflegequalität
 - 2.2.2. Qualitätsdimensionen der pflegerischen Leistungen
 - 2.2.3. Begriffsdefinition Qualitätssicherung

3.0. Der Zyklus der Qualitätssicherung Anhang

Anhang

1.0. Vorbemerkung

1.1. Ausgangslage

»Rehabilitation in der Phase II bedeutet nahtlos umfassende medizinisch- schulisch / berufliche und psychosoziale Rehabilitation.

Sie umfaßt zeitgleich und ineinandergreifend medizinische (§10 Reha- Angleichungsgesetz) und berufsfördernde (§11 Reha-Angleichungsgesetz) Leistungen zur Rehabilitation sowie diesen immanent die psychosoziale Rehabilitation.

Ziel der Rehabilitation in der Phase II ist es,

- *die aus erlittener Schädigung folgende funktionelle Einschränkung zu mindern*
- *die daraus resultierende sozialrelevante Beeinträchtigung zu verhindern, bzw. so gering wie möglich zu halten,*
- *um ein hohes Maß der Wiedereingliederung in Familie und Gesellschaft, Schule, Ausbildung und Beruf zu erreichen.*

Im Zentrum aller rehabilitativen Bemühungen im Rahmen eines ganzheitlichen Behandlungskonzeptes steht der Rehabilitand. Er ist nicht Objekt, sondern Subjekt seiner eigenen Rehabilitation, deren jeweiligen Schritte mit ihm und seinen Eltern oder Angehörigen daher besprochen und abgestimmt werden müssen.

Rehabilitation in der Phase II ist nur interdisziplinär in einem integrativen Ansatz zu leisten, der die verschiedenen diagnostischen und therapeutischen Einzelaspekte in einem sorgfältig differenzierten und ärztlich koordinierten Rehabilitationsplan zusammenführt.

Kollegiale Beratung und größtmögliche gemeinsame Basiskompetenz - d. h. Offenheit füreinander und ein allen Mitarbeitern gemeinsames Grundverständnis für die Aufgaben aller anderen Berufsgruppen - sind unabdingbare Voraussetzung interdisziplinärer Zusammenarbeit in einem multiprofessionellen Team.

Im Rahmen dieser interdisziplinären Arbeit entfallen auf jede Berufsgruppe Kernaufgaben, die nur von ihr oder unter ihrer Anleitung geleistet werden können.

An den vielfältigen Schnittstellen, die sich im Rahmen einer integrierten Rehabilitationsbehandlung durch Überlappung berufsgruppenspezifischer Aufgabengebiete zwangsläufig ergeben, bedarf es im Interesse der Rehabilitanden nicht nur einer engen Kooperation, sondern klarer verbindlicher Absprachen und deren diszipliniertes Einhalten«.

(Entnommen aus: RITZ, A. "Diagnostik und Therapie" - Neurologisches Rehabilitationszentrum Friedehorst/Bremen)

1.2. Grundsatz

Die Grundlage allen pflegerischen Handelns ist die rehabilitative Zielsetzung unserer Einrichtungen und die damit verbundene differenzierte Sichtweise, die den Menschen in seiner bio-psycho-sozialen Dimension wahrnimmt.

Rehabilitation bedeutet *die Wiedereingliederung gesundheitlich eingeschränkter Menschen in das gesellschaftliche Leben*. Sie besitzt einen hohen Stellenwert im Rahmen unseres Sozialsystems. Gemäß dem Sozialgesetzbuch steht Rehabilitation vor Rente und vor dauerhafter Pflege.

Am Ergebnis rehabilitativer Arbeit sind *Pflegekräfte* stark beteiligt. Die Förderung eines möglichst eigenständigen Lebens der betreuten Menschen erfordert eine qualitativ hochwertige Pflege in der Rehabilitation. Diese verlangt insbesondere *erweiterte psychosoziale Kompetenz und Werthaltungen*. *Pflege in der Rehabilitation* bedeutet eine umfassende, mitunter langfristige Begleitung und Auseinandersetzung mit gesundheitlich eingeschränkten Personen. Dadurch sind hohe Anforderungen an die pflegerische und persönliche Kompetenz gestellt: Pflegekräfte leisten einen *eigenständigen pflegetherapeutischen und pädagogischen Beitrag* am Gesamt-Rehabilitationserfolg.

Der pflegespezifische Beitrag umfaßt ferner die Anleitung und Beratung von primären persönlichen Bezugspersonen (z. B. Angehörigen) sowie in der Übermittlung pflegerischer Informationen an alle Personen und Gruppen, welche die Pflege von Patienten gewährleisten.

1.3. Selbstverpflichtung

Die ambulante, vor-, teil- und nachstationäre sowie die stationäre Behandlung hat nach anerkannten und bewährten diagnostischen und therapeutischen rehabilitativen psychischen und sozialen Erfordernissen zu erfolgen.

Die Anwendung neuer Verfahren (z. B. Pflegestandards) im pflegerischen, medizinischen und sozialen Bereich ist im Hinblick auf die rehabilitative Grundausrichtung der Einrichtungen der Phase II zu überprüfen.

Ausgehend vom Versorgungsauftrag hat der Träger der Einrichtung regelmäßig die definierte Qualität sämtlicher Dienstleistungen, insbesondere im Bereich der Diagnostik, Therapie und der Pflege, sowie der Unterkunft und Verpflegung (Hotelleistung) der Patienten einzuhalten.

Notwendige qualitätssichernde Maßnahmen sind zu initiieren und zu bewerten. Diese tragen dazu bei, die erforderliche Qualität auch tatsächlich zu erreichen. Dort, wo Differenzen zwischen Anforderungsprofil für qualitätsdeterminierende Merkmale und der Ausprägung der Qualitätsmerkmale ermittelt wurden, muß die lösungsorientierte Qualitätssicherung einsetzen.

2.0. Anforderung an ein System zur Bestimmung von Inhalt, Umfang und Qualität der pflegerischen Leistung

2.1. Der Begriff der pflegerischen Leistung

2.1.1. Allgemeines Pflegeverständnis

Pflege ist Lebenshilfe

Die Grundlage jeglichen pflegerischen Handelns ist die Achtung des Menschen in seiner Würde und Selbstbestimmung. Pflege gibt Unterstützung zur Erhaltung, Anpassung und Wiederherstellung der psychischen, physischen und sozialen Funktionen - Aktivitäten des Lebens. Besondere Bedeutung bekommt hierbei die Beratung und Anleitung der Betroffenen sowie ihrer Angehörigen in Bezug auf gesundheitsförderndes Verhalten.

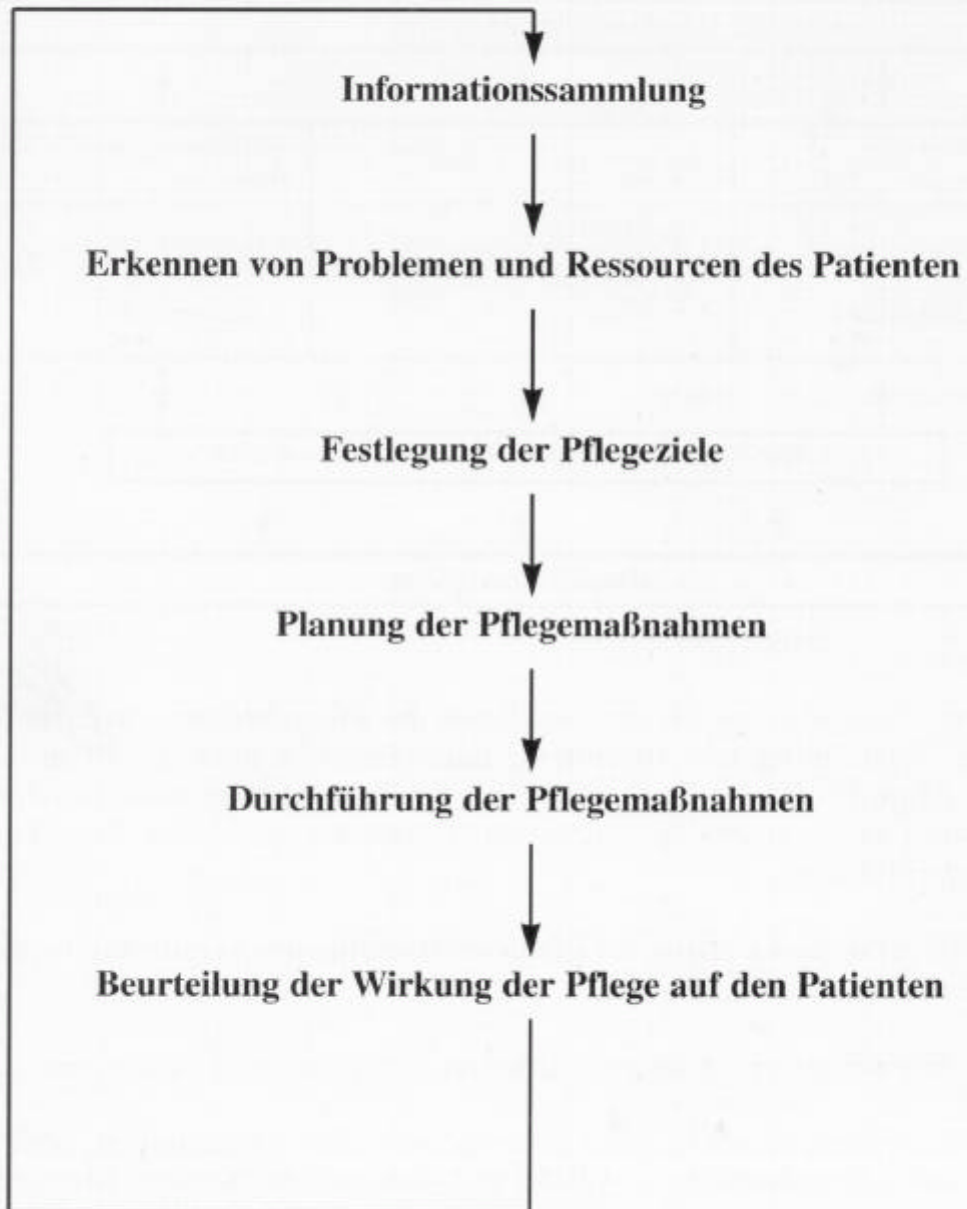
Pflege hat zum Ziel

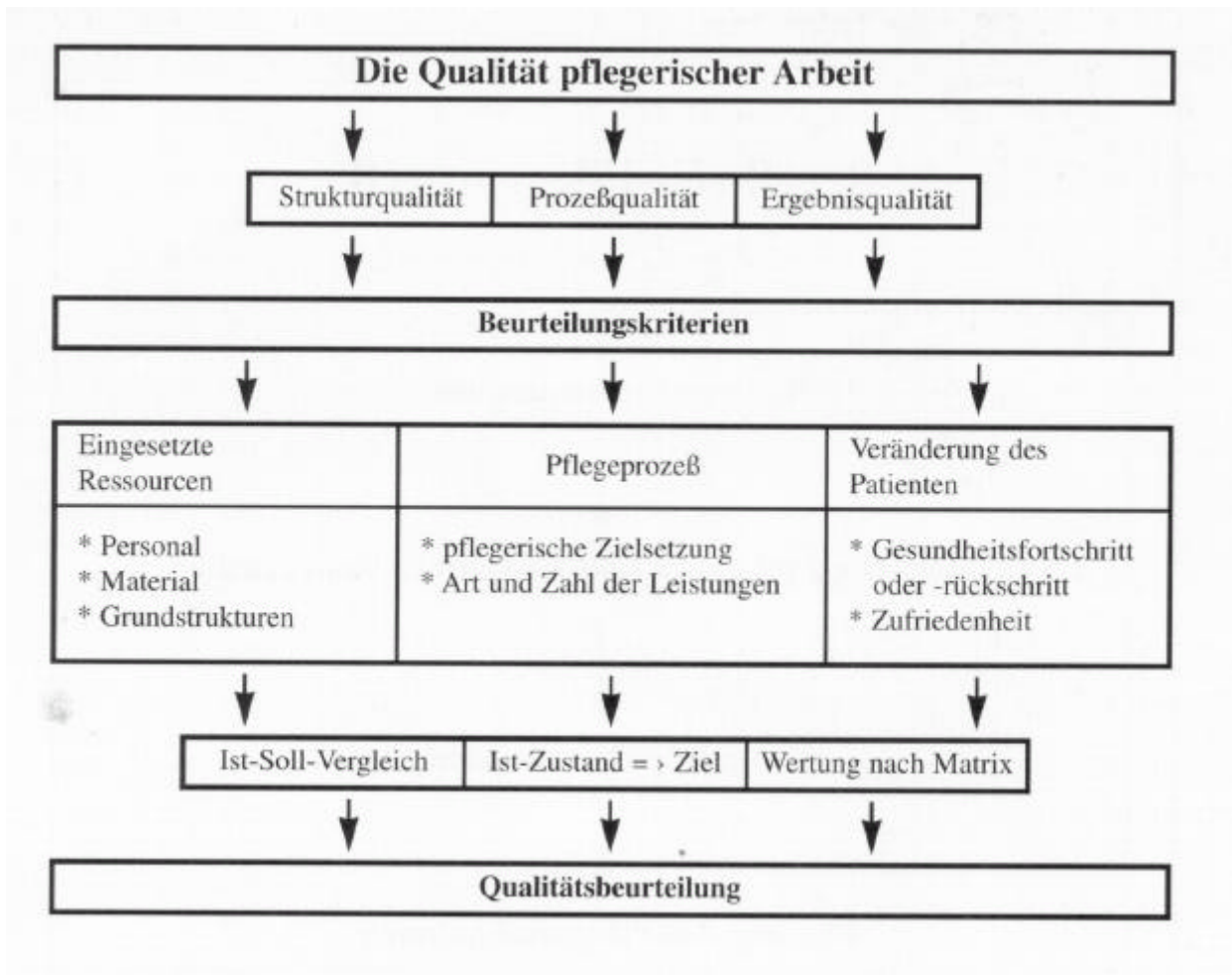
- der jeweiligen Lebenslage angepaßt die individuelle Selbständigkeit wieder herzustellen, zu fördern und / oder zu erhalten.
- Sie muß dabei qualitativ und quantitativ auf den Menschen in seiner Gesamtheit ausgerichtet sein.

Pflege evaluiert die für sie relevanten Informationen durch systematische Beobachtungen und Befragung im Hinblick auf den aktuellen psychischen, physischen und sozialen Zustand eines Menschen.

Das Handlungsinstrument der Pflege ist der Pflegeprozeß anhand des Regelkreislaufes. Er besteht aus einer Reihe von logischen und voneinander abhängigen Überlegungs-, Entscheidungs- und Handlungsschritten, die geplant, durchgeführt, überprüft und ggf. neu angepaßt werden.

Regelkreis Pflegeprozess





Aus ihrer Verantwortung für die Evaluation des Pflegebedarfs sowie für die Planung, Ausführung und Bewertung ihrer Tätigkeit muß die Pflege als eigenständige Profession auch selbständiger Teil des Gesundheitssystems sein. Damit ist sie zuständig und verantwortlich für die eigene Aus-, Fort- und Weiterbildung.

2.1.2. Pflegerische Leistung im Pflegeverständnis der Gesundheits- und Krankenpflege

Allgemeines Pflegeverständnis als Grundlage pflegerischer Leistungen

Die direkte Pflege befaßt sich mit allen menschlichen Erfahrungen, Bedürfnissen und Lebensbereichen, welche mit Gesundheit, Krisen, Krankheit, Einschränkungen und Sterben zu tun haben. Die Pflege hat zum Ziel, Individuen und Gruppen zu helfen, mit Krankheit, Krisen und Einschränkungen, sowie mit daraus resultierender Therapie und Pflege umzugehen und sie zu bewältigen.

Basierend auf diesem Pflegeverständnis leiten sich die theoretischen Grundlagen der Pflege nach definierten Pflegemodellen ab, die inhaltlich Grundpositionen differenziert darstellen. Bei der Auswahl der theoretischen Basis für die Krankenpflege sind Pflegemodelle anzuwenden, die sich ergänzen und dynarnisierend weiterentwickeln.

Die pflegerische Leistung wird auf der Grundlage von Pflegemodellen und unter Berücksichtigung des Pflegeprozesses durchgeführt. Dieser beruht auf der Erkenntnis, daß Pflegebedürfnisse und Probleme der Patienten individuell identifiziert, beschrieben und

dokumentiert werden müssen. Pflegeziele werden den individuellen Bedürfnissen des Menschen entsprechend formuliert. Pflegehandlungen werden nach Plan durchgeführt und Ergebnisse (Pflegequalität) evaluiert.

2.2. Grundlagen für die Bestimmung und Prüfung der Qualität pflegerischer Leistungen

2.2.1. Begriffsdefinition Pflegequalität

Nach Donabedian (1968) ist "Qualität (....) der Grad der Übereinstimmung zwischen den Zielen des Gesundheitswesens und der wirklich geleisteten Pflege". Williams (1978) fügt das Element der Zweckmäßigkeit hinzu: "Qualität ist der Grad des erreichten Erfolges der Pflege, der mit verantwortlichem Gebrauch von Mitteln und Leistungen erreicht wird."

Auf diese Definitionen beziehen sich nationale und internationale Ausführungen über die Qualität der Pflege.

Die Qualität der pflegerischen Leistung wird dabei von drei Seiten betrachtet:

Die methodischen Handlungen in der Pflege im Hinblick auf:

- Effizienz der Pflegemaßnahmen
- Qualifikation der Mitarbeiter
- Indikationsstellung
- Sicherheit der anvertrauten Menschen
- adäquater Einsatz der Mittel

Einstellung und Haltung der Pflegenden im Hinblick auf:

- respektvolle Behandlung von Patienten / Klienten
- Informationsbereitschaft und -fähigkeit
- Aufbau von Vertrauen
- Kooperationsbereitschaft und -fähigkeit
- Verantwortungsbereitschaft und -fähigkeit
- Kommunikationsbereitschaft und -fähigkeit

Die Profession im Hinblick auf:

- Kontinuität
- Verfügbarkeit
- Zweckmäßigkeit
- ganzheitliche Pflege

Die tatsächlich erbrachte Pflegeleistung hat sich an der definierten Pflegequalität zu orientieren.

2.2.2. Qualitätsdimensionen der Pflegeleistung

Die Qualitätsdimension unterscheidet sich in

Strukturqualität

Prozeßqualität

Ergebnisqualität

Für alle drei Dimensionen sind Standards zu entwickeln.

Standards bestimmen ein professionell abgestimmtes Leistungsniveau der Pflege, deren Kriterien sind die meßbaren Elemente. Professionelle Pflege setzt demzufolge Übereinstimmung über Ziele, Methoden und Arbeitsansätze voraus.

Die Qualitätsdimensionen im Einzelnen:

Strukturqualität

Sie beschreibt die Rahmenbedingungen die zur Durchführung der Pflegeleistung erforderlich sind. Diese umfassen z. B. den Betriebstyp der Rehabilitationseinrichtung, die Organisationsform, die Aus-, Fort- und Weiterbildungsbedingungen, die Besetzung der Planstellen, Pflegematerialien, die erforderlichen räumlichen Ressourcen etc.

Strukturstandards

Sie benennen die Kriterien bzw. Voraussetzungen, die zur Durchführung einer qualitativ hochwertigen Pflege notwendig sind.

Prozeßqualität

Sie bezieht sich auf die pflegerische Handlung selbst. Ausgehend von einem bestimmten pflege-theoretischen Modell werden Art und Umfang der pflegerischen Intervention bestimmt. Die anzustrebende und für alle verbindliche Qualitätsstufe wird festgelegt und beschrieben.

Prozeßstandards

Sie beschreiben die eigentliche pflegerische Handlung, die durchgeführt werden muß, um festgelegte Ziele zu erreichen. Desweiteren dienen diese Kriterien als Handlungsrichtlinien für Praxis, Ausbildung und Administration.

Ergebnisqualität

Sie beschreibt den Gesundheits- und Wohlbefindenszustand des Patienten. Das Pflegeergebnis ist somit primärer Beurteilungsmaßstab für die pflegerischen Leistungen.

Ergebnisstandards

Sie beinhalten Fragen und Normvorgaben, um das Pflegeergebnis zu messen (Ist-Soll-Vergleich).

2.2.3. Begriffsdefinition Qualitätssicherung

Nach Schiemann (1990) ist Qualitätssicherung *"der Vorgang des Beschreibens von Zielen in Form von Pflegestandards und Kriterien, das Messen des tatsächlichen Pflegeniveaus und, falls erforderlich, das Festlegen und Evaluieren von Maßnahmen zur Modifizierung der Pflegepraxis (...)."*

Man unterscheidet zwischen interner und externer Qualitätssicherung.

Extern bedeutet, daß Standards und Kriterien von Behörden und ausgewählten Instanzen festgelegt und von diesen auch die entsprechenden Qualitätssicherungsmaßnahmen durchgeführt werden.

Intern bedeutet, daß die Berufsgruppe selbst die Qualitätssicherungsmaßnahmen entwickelt. Behörden und andere Instanzen bewilligen Mittel und kontrollieren, ob mit den angewandten Methoden die Ziele zu erreichen sind.

3.0. Der Zyklus der Qualitätssicherung

Die Arbeitsgruppe "Pflegerpersonalregelung und Möglichkeiten der Qualitätssicherung pflegerischer Arbeit in der Rehabilitation" der BAG Phase II entwickelt ein Qualitätssicherungsprogramm auf der Grundlage eines entsprechenden Programms der CBO (Centraal Begleidings Orgaan voor de intercollegiale Toetsing).

Die CBO orientiert sich an der dezentral ausgeführten Methode der Qualitätssicherung.

Merkmale dieser Methode sind:

- Teilaspekte der Pflegeleistungsprozesse zu betrachten
- das Instrument liegt nicht fest, es wird speziell für den zu betrachtenden Teilaspekt entworfen
- die Qualitätssicherung findet dezentral, d. h. ab Abteilungs- bzw. Stationsniveau statt und wird von den dort tätigen Pflegepersonen ausgeführt
- die Krankenpflegepersonen, die die unmittelbare Pflege leisten, sind in hohem Maße mit der Ausführung der qualitätssichernden Maßnahmen betraut.

Bei dieser Methode, die sich als dynamischer erweist als die zentrale, sind die Pflegenden direkt in die Entwicklung, Durchführung und Kontrolle der qualitätssichernden Maßnahmen einbezogen. Sie entwickeln selbst die Standards und Kriterien, entscheiden, wie diese in der Alltagspraxis zu überprüfen sind und führen diese Überprüfung durch.

Als Ausgangspunkt dieses abteilungs- und stationsgebundenen Qualitätssicherungskonzeptes dient der CBO das Modell von Norma M. Lang. Nach ihren Ausführungen vollzieht sich der Zyklus der Qualitätssicherung in sieben Stadien:

Stadium 1

Hier geht es um das *Feststellen pflegerischer Abteilungswerte*, die sich von den gesellschaftlichen und professionellen Werten, aber auch von den pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen ableiten.

Um pflegerische Abteilungswerte festzustellen ist es hilfreich, für den Pflegedienst ein *Pflegeleitbild* zu entwickeln, welches sich wiederum an der Zielsetzung der gesamten Einrichtung orientiert. Anhand der Tätigkeitsmerkmale der PPR lassen sich *pflegerische Aufgabenprofile* im Leistungskatalog entwickeln.

Stadium 2

Bei mehreren *Problemen*, die sich bei der Durchführung pflegerischen Handelns feststellen lassen, ist es sinnvoll, *Prioritäten* zu setzen, da nicht alle Probleme gleichzeitig bearbeitet werden können.

Zur Prioritätensetzung können folgende Fragen dienen:

- Wie häufig kommt ein bestimmtes Problem überhaupt vor?
- Wie groß ist der Einfluß des Problems auf die Qualität des Handelns?
- Kann dieses Problem überhaupt stations-/abteilungsintern gelöst werden?

- Sind die materiellen und personellen Ressourcen ausreichend, um das Problem zu bewältigen?

Stadium 3

Erarbeiten von *Standards* (siehe Beispiele in der Anlage) und Kriterien um die Ausführung zu gewährleisten.

Stadium 4

Erhebung von *Daten und Informationen* in der Pflegepraxis.

Folgende Fragen können hierzu dienen:

- Woher sollen die Daten kommen (von Abteilungsmitarbeitern, von Patienten, von anderen Berufsgruppen)?
- Wie können die Daten gesammelt werden (Interviews, Fragebogen, Checklisten, Beobachtungen)?
- Wie lange sollen Daten gesammelt werden?
- Werden alle Daten gesammelt oder nur Stichproben durchgeführt?
- Von wem werden die Daten erhoben?
- Wie ist die Kosten-Nutzenanalyse?

Stadium 5

Qualitätsbeurteilung in Stadium 3 und 4 soll verglichen werden.

Stadium 6

Schlußfolgerungen und wenn nötig *Änderungen* planen.

Stadium 7

Ausführung des Änderungsplanes

Dieser Zyklus wiederholt sich nach der Vollendung. Nach festzulegender Zeit muß nochmals eine Kontrolle erfolgen, um die Effektivität des Änderungsplanes zu evaluieren.

Zur Durchführung dieser Methode wird in jeder Abteilung eine Arbeitsgruppe gebildet, die Ausführungsverantwortung verbleibt jedoch bei jedem einzelnen Pflegemitarbeiter. Darüber hinaus wird eine zentrale Arbeitskommission gegründet. Ihre Aufgabe ist die Koordination und Überwachung des Prozeßfortschrittes. Desweiteren hat sie die Aufgabe, abteilungsübergreifende Problemlösungen und Qualitätssicherungsmaßnahmen zu initiieren, zu überwachen und die Ergebnisse zu publizieren. In dieser Arbeitskommission können stations- und abteilungsübergreifende Kriterien von Standards verglichen und Organisationsstandards entwickelt werden.

Anhang

Definition der Pflegequalität 14

Beispiele für Pflegestandards:

Blasenkatheter: Legen	15
Blasenkatheter: Pflege	18
Blasenkatheter: Ziehen	20
Assistenz bei:	
Suprapubischer Blasenkatheter: Legen	21
Suprapubischer Blasenkatheter: Pflege	24
Assistenz bei:	
Suprapubischer Blasenkatheter: Ziehen	25
Magensonde: Legen	26
Magensonde: Pflege	29
Magensonde: Ziehen	31

Pflegequalität

Die Pflegequalität ergibt sich aus

→ **Qualifikation**

→ **Motivation**

→ **Leistung**

der Mitarbeiter des Pflegebereiches

Persönliche Kompetenz

Die Pflegenden müssen die Interessen der Patienten, der Institution und seiner eigenen Person vertreten können.

Die Pflegenden müssen individuell und kompetent auf die Bedürfnisse der Patienten eingehen.

Soziale Kompetenz

Die Pflegenden müssen die Fähigkeit haben, den Patienten in seinem persönlichen und sozialen Umfeld wahrzunehmen, ihn und seine Angehörigen zu unterstützen und individuell zu beraten.

Professionelle Kompetenz

→Anwendung der vorhandenen Pflegestandards

→Pflegeplanung und Dokumentation

→Kompetente Informationsweitergabe

→Kooperation mit anderen Berufsgruppen

→Erweiterung des Wissens durch kontinuierliche Fort- und Weiterbildung

Blasenkatheter: Legen

1.6 BDK 1e

(Dauerkatheter)

Sinn und Zweck:

- a: *Dauerkatheter*
Inkontinenz
exakte Bilanzierung
große chirurgische Eingriffe
bewußtseinsbeeinträchtigte Patienten –
z. B. Beatmungspatienten
- b: *Einmalkatheter*
Miktionsstörung
Harnverhalten
Bakteriologische Untersuchung
Restharnbestimmung

Material:

- 2 unsterile Handschuhe, Waschschüssel, Waschlappen, Handtuch
- Blasenkatheter verschiedener Größen

- steriles Katheterset (Nierenschale, Kugeltupfer, Abdecktuch, Pinzette, Handschuhe)
- 1 Paar (bei Frauen: 2 Paar) sterile Handschuhe
- Schleimhautdesinfektionsmittel
- Urinbeutel und Aufhängevorrichtung
- steriles Gleitmittel / Harnröhrenanästhesie
- 10 ml Einmalspritze mit Aqua
- Bettschutz, z. B. Moltex
- Sichtschutz
- Abwurfbeutel

Pers. Vorbereitung:

Anzahl der PK:

- Händedesinfektion
- 2 PK – davon eine Examinierte

Pflegeablauf:

- Patient informieren
- Vorbereitung des Materials
- Fenster und Türen schließen
- Intimsphäre schützen (Sichtschutz)
- Bettschutz unter das Gesäß legen
- Bett auf Arbeitsniveau bringen
- b. B. Intimwäsche
- Patient entsprechend lagern (Rückenlage)
 - Beine leicht angewinkelt)
- Katheter-Set öffnen und auf dem Bettschutz ausbreiten
- sterile Handschuhe dem Set entnehmen und anziehen
- zusätzl. sterile Handschuhe anreichen lassen und anziehen
- sterile Abdeckung anbringen
- Desinfektionslösung in sterile Nierenschale gießen lassen
- Desinfektion der Genitalen bei Mann und Frau

a) Mann:

- Vorhaut zurückziehen, Harnröhrenöffnung leicht spreizen und zusammen mit der Eichel desinfizieren (3 x mit jeweils 1 Tupfer)
- Harnröhrenanästhesie anreichen lassen und einbringen (ca. 1 Min. warten)
- den Arbeitshandschuh ausziehen
- Katheter anreichen lassen und steril entnehmen, in die Harnröhre einführen (nicht gegen Widerstand), wenn Harnfluß kommt, noch ca. 2 cm weiter vorschieben
- mit Ablaufbeutel verbinden lassen
- Katheter blocken (wie auf der Verpackung ange-

geben

- Katheter zurückziehen bis leichter Widerstand spürbar
- auf Schmerzreaktion achten
- Vorhaut nach vorne schieben (Cave: Paraphimose)
- Urinbeutel am Bettrahmen aufhängen

b) Frau:

- Desinfektion der großen Schamlippen, danach der kleinen Schamlippen und der Harnröhrenöffnung
➤ *immer von außen nach innen, von Symphyse zum Anus (1 Wisch pro Tupfer)*, den Arbeitshandschuh ausziehen
- Katheter in die Harnröhre einführen; wenn Harnfluß kommt noch ca. 2 cm weiterschieben
- Katheter blocken (wie auf der Verpackung angegeben) und zurückziehen bis leichter Widerstand spürbar
- auf Schmerzreaktion achten
- Urinbeutel am Bettrahmen aufhängen

Nachbereitung:

- Patient bequem lagern
- sachgerechtes Entsorgen der Materialien
- Händedesinfektion
- Dokumentation: Kathetergröße, Katheterurinmenge, evtl. Probleme beim Leben des Katheters

Häufigkeit:

- nach ärztl. Anordnung

Bei Einmalkatheterisierung Blase vollständig entleeren (bei massivem Harnverhalt: Katheter nach 500 ml abklemmen und nach 10 – 15 Min. Restmenge ablassen oder neu katheterisieren). Katheter vorsichtig herausziehen (beim Mann: Vorhaut wieder vorschieben).

Blasenkatheter: Pflege

(Dauerkatheter)

1.7 BDK pf

Sinn und Zweck:

- Inspektion
 1. Vermeidung von Inkontinenz
(die bestmögliche Prophylaxe ist die schnellstmögliche Entfernung des Katheters)
 2. Vermeidung von Infektionen
 - sorgfältige Intimpflege (s.u.)
 - keine unnötige Diskonnektion
 - Urinrückfluß vermeiden, notfalls Katheter abklemmen
 - Zug am Katheter vermeiden (keine Behinderung bei Bewegung des Patienten)
 - Paraphimose vermeiden

3. Katheterwechsel (sh. STANDARD 1.6: BDK le)
Bei ungestörter Drainage (Silikon-Latex-Katheter) nach 14 Tagen, bei reinem Silikon-Katheter nach 6 Wochen
4. Ableitungssystem wechseln
Alle 14 Tage oder bei großer Verschmutzung: Konnektionsstelle am Katheter desinfizieren (sterile Handschuhe tragen), neues System anschließen
5. Beutellentleerung (mit Einmalhandschuhen) zu Bilanzzeiten bzw. zu Schichtende
6. Laborprobe
Katheter bei Bedarf abklemmen, Entnahmestelle desinfizieren (2x sprühen, wischen, sprühen – jeweils Einwirkzeit beachten – Einstichstelle abwischen), mit steriler Kanüle und Spritze einstechen und Urin aspirieren.

Material

- Einmalhandschuhe
- Handtuch
- Waschschüssel
- Waschlotion
- Waschlappen
- Sichtschutz
- Bettschutz, z. B. Moltex
- Abwurfbeutel

Pers. Vorbereitung:

- Händedesinfektion

Anzahl der PK:

- 1 ex. PK

Pflegeablauf:

- Patient informieren
- Vorbereitung des Materials
- Sichtschutz richten
- Bett auf Arbeitsniveau bringen
- Handschuhe anziehen
- Patient entsprechend lagern (Rückenlage: Beine leicht anwinkeln)
- Reinigung des Harnröhreneingangs und des unmittelbaren Katheteranteils mit Wasser und Waschlotion (von der Harnröhre weg)
- sorgfältig abtrocknen

Nachbereitung:

- sachgerechtes Entsorgen der Materialien
- Händedesinfektion
- Dokumentation: Urinmenge bei Bilanzierung (Auffälligkeit in Bezug auf Menge, Geruch, Aussehen)

Häufigkeit:

- 2x täglich im Rahmen der Körperpflege

Und nach Bedarf

Blasenkatheter: Ziehen

1.8 BDK zi

(Dauerkatheter)

- Sinn und Zweck:**
- Vermeidung von Inkontinenz und Infektion
- Material:**
- 10 ml Spritze
 - Handschuhe
 - Bettschutz, z. B. Moltex
 - Sichtschutz
 - Abwurfbeutel
 - wenn Katheterspitze eingeschickt wird:
sterile Schere, Röhrchen, Laborschein
- Pers. Vorbereitung:**
- Händedesinfektion
- Anzahl der PK:**
- 1 bzw. 2 ex. PK
- Pflegeablauf:**
- Patient informieren
 - Vorbereitung des Materials
 - Bett auf Arbeitsniveau bringen
 - Sichtschutz richten
 - Handschuhe anziehen
 - Katheter entblocken mit der 10 ml Spritze:
man vermeidet bzw. reduziert Schleimhautver-
letzungen, indem man wieder mit ½ ml aufblockt, so
daß die Falten am Ballon nicht so scharfkantig sind
 - Patient zum tiefen Ein- und Ausatmen auffordern
 - Blasenkatheter vorsichtig aus der Harnröhre ziehen
wenn Katheterspitze eingeschickt wird:
- Erste PK: zieht Katheter und hält die Spitze ins
Röhrchen
- Zweite PK: hält das Röhrchen und schneidet mit
steriler Schere die Katheterspitze, die
schon im Röhrchen steckt, ab
- Weiterleiten an das Labor
- Nachbereitung:**
- sachgerechtes Entsorgen der Materialien
 - Händedesinfektion
 - Dokumentation

Assistenz bei Suprapubischer Blasenkatheeter:

Legen

1.31 SBK le ass

(vorher evtl. Ultraschall der gefüllten Blase)

Sinn und Zweck:

- Harnabflußstörungen
- Harninkontinenz
- voraussichtlich lange Liegedauer eines Blasenkatheeters

Material:

- Rasierer
- Katheter-Set: (*Inhalt*: Punktionskanüle, Urinbeutel (kann verworfen werden), Katheter, Fixierschiene)
- Mundschutz, Haube, steriler Kittel, sterile Handschuhe
- Punktions-Set: (*Inhalt*: Lochtuch, Abdecktuch, Tupfer, Nadelhalter, Schere, Kompresse, 2 Schälchen)
- Hautdesinfektionsmittel – gefärbt (für Wischdesinfektion)
- Sprühdesinfektion (für Lokalanästhesie)
- Lokalanästhetikum
- NaCl 0,9 % zur retrograden Blasenfüllung
- 2 10 ml Spritzen
- schwarze Kanüle Nr. 12
- Urinbeutel mit Aufhängevorrichtung
- Bettschutz
- Nahtmaterial
- Skalpell
- Fixomull ®
- metalline Kompresse
- sterile Kompresse
- Pflaster
- Abwurfbeutel

Vorbereitung:

- Patient informieren
- Blase füllen durch:
 - a.) retrograde Blasenfüllung über einen Blasenkatheeter
 - b.) natürliche Füllung durch Infusion oder Trinken
- durch Ultraschall kontrollieren

Pers. Vorbereitung:

- Händedesinfektion

Anzahl der PK:

- 1 ex. PK (als Assistenz)

Pflegeablauf:

- Vorbereitung des Materials
- Intimsphäre schützen
- Bett auf Arbeitsniveau
- Patient lagern (Rückenlage)
- Bettschutz anbringen (unter Gesäß und Hüfte)
- evtl. Rasur der vorgesehenen Punktionsstelle
- Sprühdesinfektion
- Lokalanästhetikum anreichen
- Assistenz beim sterilen Ankleiden
- nochmalige Hautdesinfektion mit gefärbtem Desinfektionsmittel
- Anreichen der Abdecktücher und der Materialien
- Punktion der Blase und Einführung des Katheters durch den Arzt
- Anreichen des Nahtmaterials
- Katheter und Haut säubern
- Fixieren mit Hilfe der Schiene sowie zusätzlich mit Pflaster (Flügel oder Steg)
- Urinauffangbeutel anschließen
- nochmalige Desinfektion der Einstichstelle
- Einstichstelle mit metalliner und steriler Kompresse abdecken
- mit Fixomull ® verbinden
- Verband mit Datum und Uhrzeit versehen

Nachbereitung:

- sachgerechtes Entsorgen der Materialien
- Patient bequem lagern
- Händedesinfektion
- Dokumentation: Katheterurinmenge, evtl. Probleme beim Legen des Katheters
- auf Nachblutung achten
- auf Urinablauf achten

Häufigkeit:

- nach ärztl. Anordnung

**Suprapubischer Blasenkatheter:
Pflege****1.32 SBK pf****Sinn und Zweck:**

- Inspektion
- Infektionsprophylaxe

- Material:**
- Einmalhandschuhe
 - Hautdesinfektionsmittel
 - sterile Tupfer
 - sterile Pinzette
 - sterile Kompressen
 - metalline Drainkomresse
 - Schere
 - Fixomull ®
 - evtl. Benzin / H₂O₂ zum Reinigen der Haut
 - Abwurfbeutel

- Pers. Vorbereitung:**
- Händedesinfektion

- Anzahl der PK:**
- 1 ex. PK

- Pflegeablauf:**
- Patient informieren
 - Vorbereitung des Materials
 - Bett auf Arbeitsniveau bringen
 - Handschuhe anziehen
 - alten Verband vorsichtig entfernen
 - Haut reinigen
 - Inspektion der Einstichstelle
auf Entzündungszeichen achten, ggf. Arzt informieren
 - Einstichstelle desinfizieren > Einwirkzeit beachten
 - metalline Komresse mit steriler Pinzette auf die Einstichstelle legen
 - sterile Komresse oben auflegen
 - mit Fixomull ® verbinden
 - Verband mit Datum und Uhrzeit versehen

- Nachbereitung:**
- sachgerechtes Entsorgen der Materialien
 - Händedesinfektion
 - Dokumentation

- Häufigkeit:**
- alle 48 Stunden und nach Bedarf

Assistenz bei Suprapubischer Blasenkatheeter: Ziehen

1.33 SBK zi ass

- Sinn und Zweck:**
- Infektionsprophylaxe
- Material:**
- Stich-Cutter bzw. steriles Skalpell / sterile Schere
 - sterile Kompresse
 - Fixomull ®
 - Handschuhe
 - Abwurfmöglichkeit
 - Hautdesinfektionsmittel
 - sterile Pinzette
 - *wenn Katheterspitze eingeschickt wird:* Röhrchen und Laborschein
 - Abwurfbeutel
- Pers. Vorbereitung:**
- Händedesinfektion
- Anzahl der PK:**
- 1 ex. PK (als Assistenz)
- Pflegeablauf:**
- Patient informieren
 - Vorbereitung des Materials
 - Intimsphäre schützen
 - Bett auf Arbeitsniveau bringen
 - Patient lagern (Rückenlage)
 - Assistenz bei:
 - Anreichen der Materialien
 - Entfernen des Verbandes
 - Desinfizieren der Einstichstelle
 - Durchtrennen des Fadens
 - Ziehen des Katheters
 - Anlegen eines sterilen Verbandes
- Nachbereitung:**
- sachgerechtes Entsorgen der Materialien
 - Händedesinfektion
 - Dokumentation
 - auf Nachblutung achten
 - auf Spontanurin achten
 - *Bei Einschicken der Katheterspitze:* Sh. STANDARD 1.46: ZVK ziehen

Magensonde: Legen

1.20 MS le

Sinn und Zweck:

- Ernährung bei funktioneller Störung und / Oder Wunden im Mund-Rachen-Raum
- Entlastung und Ableitung von Magen-Darm-Sekret bei allen intubierten Patienten, nach Operationen, bei akuten Erkrankungen der Verdauungsorgane z. B. Pankreatitis, gastrointestinalen Blutungen

Material:

- Magensonde (gekühlt) bzw. Ernährungssonde (mit Mandrin)
- Lokalanästhetikum bzw. Gleitmittel
 - für die Nase: Gel
 - für den Rachen: Spray
- Einmalhandschuhe
- b. B. Magillzange
- b. B. Laryngoskop
- Fixierpflaster
- Auffangbeutel
- Aufhängevorrichtung
- 100 ml Spritze
- Stethoskop
- Nierenschale
- Zellstoff oder Papiertaschentücher
- b. B. Getränke im Glas / Becher (evtl. Strohhalm)
- Abwurfbeutel

Pers. Vorbereitung:

- Händedesinfektion

Anzahl der PK:

- 1 bis 2 ex. PK
- 1 ex. PK – als Assistenz bei bewußtseinsbeeinträchtigten Patienten

Pflegeablauf:

- Patient informieren
- Vorbereitung des Materials
- Patient die Nase putzen lassen bzw. Nasenpflege (sh. STANDARD 2.6: NASEN pf)
- Bett auf Arbeitsniveau bringen
- Oberkörper hochlagern bzw. bequemere Sitzposition einnehmen lassen
- Einmalhandschuhe anziehen
- Lokalanästhesie von Nase und Rachen, Wirkung abwarten
- Sondenlänge abmessen: Strecke von Nase und Ohr und bis ca. 5 cm unterhalb des Sternums
- Magensonde über die Nase einführen
- wenn Patient wach und ansprechbar:
(Vorsicht Würgreiz, wenn MS den Rachenbereich

erreicht) Patient zum Schlucken auffordern und MS langsam bis in den Magen vorschieben, dabei Patient evtl. trinken lassen

- wenn Patient bewußtseinsbeeinträchtigt: Assistenz beim Legen der MS durch den Arzt Laryngoskop, Magillzange bereitlegen Kopf des Patienten nach hinten überstrecken
- Arzt schiebt die MS vor mit Hilfe von Laryngoskop und Magillzange
- Lagekontrolle der MS mit 100 ml Spritze an der MS aspirieren (Magensaft), danach Luft in die MS spritzen und mit dem Stethoskop abhören, ob MS richtig liegt (Blubbern)
- bei Ernährungssonde: Mandrin ziehen
- MS mit Pflaster fixieren
- Auffangbeutel anschließen
- Auffangbeutel unter Magenniveau am Bett aufhängen
- * *Vorsicht:*
- bei Sondierung der Trachea: (Starker Husten oder Luftnot bzw. auftretende Zyanose) Sonde bis zum Rachenraum zurückziehen, den Patient beruhigen, tief durchatmen lassen und erneut Versuchen
- Vagusreiz

Nachbereitung:

- sachgerechtes Entsorgen der Materialien
- Händedesinfektion
- Dokumentation: Lage und Größe der MS, Uhrzeit

Häufigkeit:

- nach ärztl. Anordnung

Magensonde: Pflege

(Nasenpflege bei liegender MS)

1.21 MS pf

Sinn und Zweck:

- Reinigung
- Sichere Fixierung der MS
- Inspektion
- Druckstellenprophylaxe
- Infektionsprophylaxe
- Austrocknungsprophylaxe

Material:

- Pflaster
- Benzin / H₂O₂
- unsterile Tupfer

- Handschuhe
- Schere
- b. B. Absaugkatheter
- Wattestäbchen
- weiche Nasensalbe
- Abwurfbeutel

Pers. Vorbereitung:

- Händedesinfektion

Anzahl der PK:

- 1 PK

Pflegeablauf:

- Patient informieren
- Vorbereitung des Materials
- Bett auf Arbeitsniveau bringen
- b. B. unteren Nasengang vorsichtig absaugen bzw. pflegen (sh. STANDARD 2.6: NASEN pf)
- altes Pflaster sorgsam von MS und Nase lösen
- Handschuhe anziehen
- Pflasterreste mit Benzin / H₂O₂ entfernen
- Naseneingang mit Nasensalbe und Wattestäbchen reinigen
- Inspektion der Haut
- Lagekontrolle, Lageveränderung
- bei Druckstelle: Entlastung (z.B. durch Schaumstoff), Pflegemittel
- MS neu fixieren mit Änderung der Befestigungsstelle an der Nase (Pflaster zirkulär um MS, *einen* Steg zur Nase)

Nachbereitung:

- sachgerechtes Entsorgen der Materialien
- Händedesinfektion
- Dokumentation:
 - Liegedauer
 - Hautzustand des betreffenden Nasenflügels
 - Pflasterwechsel (Uhrzeit)

Häufigkeit:

- 1 – 2x täglich und nach Bedarf

Magensonde: Ziehen

1.22 MS zi

- Sinn und Zweck:**
- keine Notwendigkeit mehr
 - Dekubitus an Nase oder Oesophagus
- Material:**
- Handschuhe
 - Benzin / H₂O₂
 - Kompressen
 - Zellstoff, Papiertaschentücher
 - Abwurfbeutel
- Pers. Vorbereitung:**
- Händedesinfektion
- Anzahl der PK:**
- 1 ex. PK
- Pflegeablauf:**
- Patient informieren
 - Vorbereitung des Materials
 - Bett auf Arbeitsniveau bringen
 - Oberkörper hochlagern bzw. Patient bequeme Sitzhöhe einnehmen lassen
 - Pflaster sorgsam entfernen
 - Patienten zum ruhigen, tiefen Atmen auffordern
 - MS langsam herausziehen
 - Patientenreaktion beobachten (Cave: Vagusreiz)
 - MS in den Abwurfbeutel
 - Patienten die Nase putzen lassen
 - alte Pflasterreste mit Benzin / H₂O₂ entfernen
- Nachbereitung:**
- sachgerechtes Entsorgen der Materialien
 - Händedesinfektion
 - Dokumentation: Hautzustand
- Häufigkeit:**
- nach ärztl. Anordnung