

Pflegekompakt

Friedhelm Henke
Christian Horstmann

Pflegekniffe von A–Z

Pflegefehler erfolgreich
vermeiden

Pflegekompakt

Die Autoren:



Friedhelm Henke, Jahrgang 1967, aus Anröchte-Berge, ist examinierter Krankenpfleger, Lehrer für Pflegeberufe, Dozent in Aus-, Fort- und Weiterbildung und Fachautor.

E-Mail: Friedhelm.Henke@gmx.de

Internet: www.Menschenpflege.de



Christian Horstmann, Jahrgang 1977, aus Geseke, ist examinierter Krankenpfleger, Diplom-Berufspädagoge, Dozent in Aus-, Fort- und Weiterbildung und Zeichner.

E-Mail: Chri.Horstmann@web.de

Friedhelm Henke
Christian Horstmann

Pflegekniffe von A – Z

Pflegefehler erfolgreich vermeiden

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen oder sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige gesetzlich geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Alle Rechte vorbehalten

© 2008 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Gesamtherstellung:

W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart

Printed in Germany

ISBN 978-3-17-020048-7

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-026478-6

Inhalt

Einleitung	9
Absaugen von Sekret	15
Aktivierende Pflege	16
An- und Auskleiden	17
Anamnese	18
Angehörigenarbeit	20
Aphasiker pflegen	21
Aromatherapie	22
Aspirationsprophylaxe	23
Augenpflege	24
Augentropfen/-salbe	26
Baden und Duschen	27
Basale Stimulation®	28
Betäubungsmittel	29
Betreuungsrecht	31
Bewusstseinskontrolle	33
Biografiearbeit	34
Blutdruckkontrolle	35
Blutzuckerkontrolle	37
Bobath-Konzept®	38
Burn-Out	39
Dehydratationsprophylaxe	40
Dekubitusprophylaxe	41
Depression	43
Desorientierungsprophylaxe	44
Dokumentation	45
Enterostomapflege	47
Entlassung, Pflegeüberleitung	48

Erste Hilfe	49
Essen und Trinken reichen	50
Fiebersenkende Maßnahmen	51
Fixiergurt anlegen (Bauchfixiergurt)	52
Flüssigkeitsbilanzierung	56
Fußpflege	57
Ganzkörperwaschung	58
Gesprächsführung	59
Gewichtskontrolle	60
Haar- und Bartpflege	61
Händedesinfektion	62
Harnblasenkatheterismus	66
Individualhygiene der Pflegeperson	68
Infusion vorbereiten und überwachen	69
Inhalation	70
Injektion (subkutan)	71
Injektion (intramuskulär)	74
Inkontinenzpflege	76
Intertrigoprophylaxe	78
Intimsphäre wahren	79
Kinästhetik	80
Körpertemperaturkontrolle	82
Kommunikation	83
Kompressionsverband	85
Kontrakturprophylaxe	87
Künstliche enterale Ernährung	88
Kultursensible Pflege	90
Lagerung (30-Grad-Seitenlagerung)	91
Lagerung (VATI-Lagerungen)	92
Medikamente richten	93
Medizinische Thrombo-Embolie-Strümpfe (MTS)	95
Mikrobewegungen	96

Mundpflege	97
Nagelpflege	98
Nahtod-Erfahrungen (NTE)	99
Nasenpflege	100
Obstipationsprophylaxe	101
Ohrenpflege	102
Pflegeevaluation	103
Pflegemaßnahmen formulieren	104
Pflegeprobleme und Ressourcen formulieren	105
Pflegestandards	106
Pflegevisite	107
Pflegeziele formulieren	108
Pneumonieprophylaxe	109
Psychiatrische Pflege	110
Pulskontrolle	111
Qualitätszirkel	112
Realitätsorientiertes Training (ROT)	113
Reinigungseinlauf	114
Rollstuhl bedienen	115
Sauerstofftherapie	116
Schlafunterstützung	117
Schmerzprophylaxe	118
Schweigepflicht	119
Sturzprophylaxe	120
Suizidgefahr	121
Teamarbeit	122
Thrombo-Embolie-Prophylaxe	123
Tracheostomapflege	125
Transfusionen überwachen	126
Übergabe	127
Unterzuckerung	128

Validation	129
Versorgung Verstorbener	130
Verwirrtheitszustände	132
Wundversorgung (Wundinfektionsprophylaxe)	133
Zahnpflege	136
Zentralen Venenzugang überwachen	137
Zimmergestaltung	138
Zystitisprophylaxe	139
Lösungen zu den Suchbildern	140
Literaturverzeichnis	146
Stichwortverzeichnis	148

Einleitung

Pflegewissen in der Praxis kompakt parat zu haben, ist bei der Fülle an Informationen nicht immer ganz so einfach. Expertenstandards, Pflegemodelle sowie zahlreiche andere Leit-/Richtlinien und Arbeitshilfen erschweren die Übersichtlichkeit einer ganzheitlichen Pflege. Über Pflegesituationen gibt es bislang noch zu wenig eindeutige und gesicherte Studien. Professionell Pflegende wissen, dass sich Pflege nicht hundertprozentig standardisieren und vereinheitlichen lässt, sondern im Rahmen des Pflegeprozesses stets angepasst, reflektiert, evaluiert und individualisiert werden muss. Die Kunst (oder das Kniffel), korrekt zu pflegen, liegt demnach in der fachlich richtigen Argumentation. Dementsprechend liefert dieses Nachschlagewerk, neben der Orientierung an der ganzheitlichen Pflege, die Pflegeplanung nach dem Pflegeprozess, zahlreiche pflegewissenschaftliche, pflegepraktische sowie rechtliche Aspekte. Unter Berücksichtigung der Lebensaktivitäten gilt es, die jeweils optimalsten **Pflegekniffe** zu verwenden. Knifflige Aufgaben verlangen Feingefühl, Geduld und Bereitschaft, sich nach allen Perspektiven zu orientieren. Es darf nicht nur beim Überlegen, Planen und Analysen bleiben. Erforderlich ist **eine gut ausgeklügelte und gut begründete Pflegehandlung (ein Pflegekniff)**. Der zu pflegende Mensch möchte schließlich nicht überverwaltet, sondern gut versorgt werden. Dazu soll dieses Nachschlagewerk den Pflegefachkräften gute Pflegekniffe (Argumentationshilfen) bieten.

Übersicht „Lebensaktivitäten“:

- Vitale Funktionen aufrechterhalten können
- Sich situativ anpassen können
- Für Sicherheit sorgen können
- Sich bewegen können
- Sich sauberhalten und kleiden können
- Essen und trinken können
- Ausscheiden können

- Sich beschäftigen können
- Kommunizieren können
- Ruhen und schlafen können
- Soziale Bereiche des Lebens sichern können.

In der größten Verbraucherstudie Europas „Reader’s Digest European Trusted Brands 2007“ weisen 91 % den Pflegenden ihr größtes Vertrauen aus. Befragt wurden 25 000 Menschen in 15 europäischen Ländern u. a. nach den vertrauenswürdigsten Berufsständen (Quelle: <http://www.readersdigest.de>).

Dagegen enthält der erste Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) über die „Qualität in der ambulanten und stationären Pflege“ viele **Mängel** bezüglich der Sicherheit von Patienten/Bewohnern in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen (Brüggemann et al. 2004):

Mängelliste (ambulant)

Pflegeziele	64 %
Prophylaxenplanung	55 %
Pflegeplanung	54 %
Berücksichtigung der Hygienevorgaben	49 %
Dekubitusprophylaxe	49 %
Pflegeanamnese	38 %
Ernährungs-/Flüssigkeitsversorgung	37 %
Situationsgerechtes Handeln (z. B. nach Sturz)	34 %
Fachliche Qualifikation der Mitarbeiter	32 %
Dokumentation von Veränderungen	32 %
Maßnahmedokumentation	22 %
Aufbewahrung der Wohnungsschlüssel	16 %
Pflegezustand der Patienten	9 %

Mängelliste (stationär)

Pflegeziele	55 %
Pflegeplanung	49 %
Prophylaxenplanung	46 %
Dekubitusprophylaxe	43 %
Ernährungs-/Flüssigkeitsversorgung	41 %
Bauliche Ausstattung	36 %
Berücksichtigung der Hygienevorgaben	34 %
Personalqualifikation	31 %
Situationsgerechtes Handeln (z. B. nach Sturz)	28 %
Pflegeanamnese	28 %
Nachvollziehbare Delegation ärztlicher Tätigkeiten	23 %
Nachvollziehbarkeit der Bedarfsmedikation	22 %
Dokumentation von Veränderungen	22 %
Maßnahmendokumentation	21 %
Personalbesetzung	19 %
Pflegezustand der Bewohner	17 %
Richten der Medikamente	17 %
Personalbesetzung in der Nacht	16 %
Freiheitsentziehende Maßnahmen	9 %

Ein Fehler wird als Abweichung vom Optimum oder gemäß der DIN EN ISO als „nonconformity“ (Nichterfüllung einer Anordnung) verstanden. Nach Kohn et al. (1999) können Fehler in verschiedene Arten klassifiziert werden:

- Diagnostische Fehler,
- Behandlungsfehler,
- Fehler bei der Prävention,
- sonstige Fehler.

Der Begriff **Pflegefehler** ist nicht geklärt und wird sehr unterschiedlich (multiple) verwendet. Allein ein solches Begriffswirrwarr kann

bereits als „Sonstiger Fehler“ (struktureller Organisationsfehler der Metaebene) betrachtet werden, denn die oben beschriebene fehlende Einheitlichkeit macht Fehlererkennungssysteme unmöglich. Dennoch soll und muss derjenige, der einen Fehler macht, dazu stehen. Schließlich kann es nach Einreichen einer Klage durch die geschädigte Person zu Rechtsverfahren kommen. Diese hat Beweise für eine widerrechtliche Behandlung bzw. für einen **Pflegefehler** zu erbringen. In der Regel besteht jedoch die Beweislastumkehr. D. h., die Pflegeeinrichtung muss beweisen, dass sie den zu Pflegenden sicher und gut versorgt hat. Die Beweislastumkehr gilt z. B. bei lückenhafter oder fehlender Dokumentation, bei fehlender oder unvollständiger Aufklärung des Pflegebedürftigen sowie bei groben Behandlungsfehlern. Weiterhin verfolgt werden können die Haftung der Einrichtung (nicht der Pflegekraft) aus dem Behandlungs-/Versorgungsvertrag sowie die Haftung aus Delikt (Persönliche Haftung des Verursachers/Vorsatz und Fahrlässigkeit).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) startete im Frühjahr 2007 die Aktion „Neun Regeln zur Patientensicherheit“, um Millionenschäden durch Fehler in der Gesundheitsversorgung entgegen zu wirken, erklärte WHO Generaldirektorin Dr. Margaret Chan. Die Neun Regeln favorisieren klare und prägnante Handlungsanweisungen. Dementsprechend lauten die Neun Regeln zur **Patientensicherheit** in der Gesundheitsversorgung:

1. Ähnlich aussehende bzw. ähnlich klingende Medikamentenbezeichnungen
2. Patientenidentifikation
3. Kommunikation an Schnittstellen
4. Seitenverwechslung
5. Konzentration von Injektions- und Infusionslösungen
6. Sichere Folgemedikation bei Patientenüberleitung
7. Katheter- bzw. Sonden-Diskonnektion
8. Mehrfachverwendung von Einmalmaterial
9. Händehygiene zur Vermeidung von nosokomialen Infektionen
(Quelle: www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de)

Der Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände und die Regeln der Weltgesundheitsorganisation geben grobe Hinweise auf Pflegesituationen, die nicht optimal stattfinden. Ohne professio-

nell Pflegende zu kritisieren oder gar eine systematische Fehlererfassung zu installieren, sollen im Folgenden anwendbare Pflegekniffe sowie vermeidbare Pflegefehler von A-Z aufgelistet werden. Die professionelle Pflege verheimlicht Fehler nicht, sondern lernt aus ihnen (Fehler als **Chance** zur Verbesserung) und berücksichtigt in der täglichen Praxis Pflegekniffe sorgfältig, um Gefahren von Tücken und Fallen in der Pflege zu minimieren. Die vorliegende Zusammenstellung kann das Lernen und den konstruktiven Umgang mit nachvollziehbarer Kritik fördern. Ein Lernender in der Pflege, der immer nur gelobt wird, zieht am Ende der Ausbildung das Resümee, er hätte nichts gelernt. Positives Feedback bestärkt zwar, bringt aber nicht wirklich weiter. Negative Rückmeldungen können verletzend, nachvollziehbar oder auch nicht nachvollziehbar sein. Konstruktiv betrachtet tragen sie natürlich erheblich mehr zum Lernprozess bei. Neben handwerklichen und pflegetechnischen Fehlern, wie falschen Lagerungen sowie ungenügender Desinfektion, kann in der Pflege auch mit bloßen Worten viel angerichtet werden. Wird in alltäglicher Routine z. B. über den Flur gerufen: „Schwester Maria, hast du schon die Bettgitter bei Frau Meier hochgestellt?“ gelangt es manchmal erst im Rückblick in unser Bewusstsein, was die (zwangsweisen) Zuhörer wie beispielsweise Mitbewohner oder Angehörige, die sich in der näheren Umgebung aufhalten und alles mitbekommen und interpretieren könnten. Ein Gitter kann ein Kinderbett, einen Tiergarten und/oder gar ein Gefängnis assoziieren. Dieses Nachschlagwerk soll ausdrücklich nicht als „Nestbeschmutzung“ der Berufsgruppe dienen, sondern zum selbstkritischen und reflektierten Arbeiten anregen. Insbesondere aus dem letzten Schritt des Pflegeprozesses, der Pflegeevaluation, ergibt sich diese professionelle Haltung. Anders wäre der Vorbildfunktion von Pflegefachkräften keineswegs genüge getan. So kann es beispielsweise vorkommen, dass Pflegende im Altenheim über die schlechte Pflege im Krankenhaus klagen und ebenso kritisieren auch Pflegende im Krankenhaus die Arbeit der Altenpflegeeinrichtung. Pflegefachkräfte sind aber nicht primär für die juristische Auseinandersetzung von **Pflegefehlern** und Missständen anderer Leistungserbringer zuständig, sondern natürlich zunächst für die professionelle pflegerische Versorgung der Menschen. Diese Zeit darf nicht mit „tätigkeitsfremden Klagegeden“ und „Wandersagen“ (aus schlechter Routine heraus formulierte „Das war schon immer so“-Regeln) vertan wer-

den! Ansonsten versickern wertvolle Arbeitszeiten und fundierte pflegewissenschaftliche sowie pflegepraxisbezogene Erkenntnisse. Wir Pflegenden würden uns damit selbst eine schwer zu erklimmende Hürde vor der im Pflegeleitbild betonten Menschenwürde aufbauen.

Dieses Buch greift punktuell häufig vorkommende Pflegefehler und damit verbundene Pflegekniffe (begründete Pflegetipps) aus der Pflegeliteratur auf.

- C** Beim Öffnen der Verpackung des Absaugkatheters bzw. beim Konnektieren (Verbinden) des Katheters mit dem Absaugschlauch des Gerätes ist steril zu arbeiten (vor allem beim endotrachealen Absaugen).
- C** Ein Grundsatz beim Absaugen lautet: „Einführen des Katheters in die Atemwege ohne Sog“.
- C** Das endotracheale (in der Luftröhre) Absaugen erfolgt mit sterilem Einmalkatheter max. 15 Sekunden.
- C** Das endotracheale Absaugen sollte grundsätzlich vom Arzt durchgeführt werden. Der Arzt kann es jedoch delegieren, wenn er sich von der Fähigkeit der durchführenden Person überzeugt hat.

-
-  Bei unsauberen Absaugschläuchen sowie nicht korrekt angebrachten Schläuchen ist die Hygiene nicht gewährt.*
 -  Falsch eingestellter Absaugdruck (Hinweise des Geräteherstellers) kann den Pflegebedürftigen gefährden. Der Patient kann Schleimhautverletzungen erleiden, ohne dass es die Pflegeperson merkt.
 -  Bei der Materialbereitstellung wird häufig ein Wasserbehälter zum Durchspülen des Gerätes vergessen.

§ Das Absauggerät darf nicht ohne technische Überprüfung und Einweisung in die korrekte Handhabung (Medizinproduktegesetz) verwendet werden.

P Es hat eine Beurteilung des abgesaugten Sekrets nach Menge, Geruch, Farbe und Konsistenz zu erfolgen.

?

* Empfehlungen zur Prävention der nosokomialen Pneumonie. Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut, Berlin.