

**SPEZIELLE ZUSATZAUSBILDUNG IN DER  
PFLEGE BEI**

**NIERENERSATZTHERAPIE**

**3. November 2014 bis 11. März 2015**

**ABSCHLUSSARBEIT**

zum Thema

**Die Pflegedokumentation  
auf der chronischen  
Hämodialyse**

vorgelegt von: DGKS, Daniela Schriefl  
Klinikum Klagenfurt am Wörthersee  
Hämodialyse

begutachtet von: ALGuK, DGKS, Birgit Lieskonig  
Klinikum Klagenfurt am Wörthersee  
Kompetenzzentrum 5  
Schule für allgemeine Gesundheits- und  
Krankenpflege

Jänner/2015

## **EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG**

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Abschlussarbeit selbst verfasst und alle ihr vorausgehenden oder sie begleitenden Arbeiten eigenständig durchgeführt habe. Die in der Arbeit verwendete Literatur sowie das Ausmaß der mir im gesamten Arbeitsvorgang gewählten Unterstützung sind ausnahmslos angegeben. Die Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben.

Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version mit der gedruckten Version übereinstimmt. Es ist mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird. Die Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden.

Klagenfurt, 05.Jänner, 2015

## **KURZZUSAMMENFASSUNG**

Die Pflegequalität und die Maßnahmen zur Qualitätssicherung haben im Wandel der Zeit zunehmend an Bedeutung gewonnen. Gesundheits- und Krankenanstalten fokussieren das Arbeiten nach den Bedürfnissen des Patienten immer mehr und beeinflussen damit den vorhandenen Wettbewerb unter den diversen Einrichtungen.

Dienstleistungen die den damaligen Anforderungen noch entsprochen haben, erfüllen es aus heutiger Sicht durch den stetigen Fortschritt oft nicht mehr. Deshalb ist es wichtig das Qualität stetig weiterentwickelt wird und nicht stehen bleiben darf.

Es gibt unzählig viele Instrumente der Qualitätssicherung zu berücksichtigen um einen Dialysepatienten bestmöglich zu versorgen, immer jedoch unter Anbetracht der gesetzlichen Bestimmungen. Große Bedeutung hat hierbei die Pflegedokumentation, kundenorientiertes Arbeiten, Patienteninformationsgespräche und die Patientensicherheitsziele.

Um einem Teil der qualitätssichernden Maßnahmen auf der Dialysestation näher zu kommen, werden zwei Entwürfe möglicher Pflegedokumente für die Hämodialyse erstellt. Das eine Dokument ist eine Checkliste zur Aufnahme neuer Patienten in das chronische Dialyseprogramm und das andere Dokument ist ein Informationsblatt für Patienten über die Hämodialyse und den Zugang zum Gefäßsystem, der dafür benötigt wird. Hilfestellung liefert hierbei der PDCA Zyklus. Die 4 Phasen des Verbesserungsprozesses (Plan-Do-Check-Act) liefern ein Grundelement im Bereich der Qualitätssicherung.

## **ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS**

UFV	Ultrafiltrationsvolumen
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
KAKuG	Krankenanstalten- und Kurgesetz
SN	Single-Needle
HD	Hämodialyse
JCI	Joint Commission International
KAST	Katheteraustrittsstelle
ZVK	Zentraler Venenkatheter
PQsG	Pflegequalitätssicherungsgesetz
RL	Richtlinie
MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
KABEG	Kärntner Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft

## INHALTSVERZEICHNIS

0	VORWORT .....	8
1	EINLEITUNG .....	9
2	DIE CHRONISCHE HÄMODIALYSE .....	10
2.1	Indikationen für die Hämodialyse .....	10
2.2	Prinzip der Hämodialyse .....	10
2.3	Gefäßzugänge .....	11
2.3.1	Shuntpflege .....	11
2.3.2	Katheterpflege .....	13
3	QUALITÄT IN DER PFLEGE .....	14
3.1	Definition .....	14
3.2	Qualitätsraster nach Donabedian .....	15
3.3	Stufen der Pflegequalität .....	15
3.4	Hygienische Aspekte .....	16
4	INSTRUMENTE DER QUALITÄTSSICHERUNG .....	18
4.1	Kundenorientierung .....	18
4.2	Pflegedokumentation .....	19
4.3	Pflegequalitätssicherungsgesetz .....	20
5	INFORMATIONSWETERGABE AN PATIENTEN .....	21
5.1	Allgemeine Aspekte .....	21
5.2	Rechtliche Aspekte .....	22
6	PATIENTENSICHERHEIT .....	23
6.1	Definition .....	23
6.2	Patientensicherheitsziele laut Joint Commission International .....	23
6.3	Patientenidentifikation auf der chronischen Hämodialyse .....	24
7	DER PDCA-ZYKLUS .....	26
7.1	Die Planung .....	27

<b>7.1.1</b>	<b>Aufnahme von Patienten ins chronische Programm .....</b>	<b>27</b>
<b>7.1.2</b>	<b>Information von Patienten und Angehörigen .....</b>	<b>29</b>
<b>7.2</b>	<b>Die Durchführung .....</b>	<b>30</b>
<b>7.3</b>	<b>Evaluation und Handeln.....</b>	<b>30</b>
<b>8</b>	<b>INFORMATIOSBLATT FÜR HÄMODIALYSEPATIENTEN.....</b>	<b>32</b>
<b>9</b>	<b>CHECKLISTE ZUR AUFNAHME VON PATIENTEN.....</b>	<b>36</b>
<b>10</b>	<b>ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG .....</b>	<b>38</b>
<b>11</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>40</b>

## **ABBILDUNGSVERZEICHNIS**

<b>Abbildung 1: Dialyse-Notfallpass (<a href="http://www.igdchemnitz.de">www.igdchemnitz.de</a>).....</b>	<b>25</b>
<b>Abbildung 2: Der PDCA-Zyklus (<a href="http://www.talessin.de">www.talessin.de</a>).....</b>	<b>26</b>
<b>Abbildung 3: Shunt (<a href="http://www.phv-dialyse.de">www.phv-dialyse.de</a>).....</b>	<b>34</b>
<b>Abbildung 4: Dialysekatheter (<a href="http://www.chartingandassessment.com">www. chartingandassessment.com</a>).....</b>	<b>35</b>

## 0 VORWORT

Seit dem Jahr 2006 bin ich DGKS auf der Dialysestation im Klinikum Klagenfurt am Wörthersee der KABEG. Zu Beginn meiner Berufslaufbahn war ich mir zwar im Klaren das Pflegequalität wichtig ist, aber die Komplexität dieses Themas wurde mir erst in der vergangenen Zeit wirklich bewusst. Umso mehr ich mich im Rahmen der Abschlussarbeit mit qualitätssichernden Maßnahmen befasste, desto mehr wurde meine Neugier und mein Interesse angeregt. Oftmals war es schwierig den Überblick zu bewahren, weil sich das Thema auf so unzählig vielen Ebenen erstreckt und sich in noch mehr Teilbereiche gliedern lässt. Außerdem war es mir wichtig, bei jedem Kapitel einen Bezug zur Praxis herzustellen. Da ich im Rahmen der Abschlussarbeit zwei Entwürfe für Pflegedokumente für die Hämodialyse Klagenfurt entworfen habe, möchte ich hier zum Ausdruck bringen, dass es mir ein Anliegen ist, dass unter Miteinbeziehung und Unterstützung der Stationsleitung, dem Oberpfleger und dem zuständigen Nephrologen, diese Entwürfe als Zukunftsvision Einzug in den Ambulanzbetrieb der Dialyse erhalten.

Zur besseren Lesbarkeit werden in der Abschlussarbeit personenbezogene Bezeichnungen, die sich zugleich auf Frauen und Männer beziehen, in der männlichen Form angeführt. Dies soll jedoch keinesfalls eine Geschlechterdiskriminierung oder eine Verletzung des Gleichheitsgrundsatzes zum Ausdruck bringen.

An dieser Stelle möchte ich nun DGKS Lieskonig Birgit danken, für die kompetente Betreuung beim Erstellen meiner Abschlussarbeit. Auch dem Bildungszentrum Klagenfurt gebührt ein „Danke“ für die Begleitung in der Ausbildung zur speziellen Pflege bei Nierenersatztherapie. Ein weiteres Dankeschön gilt meiner Familie, die auch in schweren Zeiten hinter mir steht. Außerdem danke ich dem Team der Dialyse, die beim Erstellen meiner Abschlussarbeit gelegentlich eine beratende Funktion eingenommen haben.

Schriebl Daniela

Klagenfurt, Jänner 2015

## 1 EINLEITUNG

Umfassende Maßnahmen zur Qualitätssicherung sind für Gesundheits- und Krankenanstalten unerlässlich und sind zunehmend in ihrer Bedeutung gestiegen. Pflegepersonen stehen diesem Thema nicht selten mit Vorbehalt gegenüber, oftmals bedingt durch mangelnde Aufklärung. Am häufigsten wird mit Zeitmangel und Überarbeitung argumentiert, sowie der Befürchtung dem Patienten noch weniger Aufmerksamkeit schenken zu können, durch die damit verbundenen zusätzlichen Aufgaben. Hierbei ist jedoch entgegenzusetzen, dass durch klar definierte Arbeitsprozesse noch mehr Zeit für den einzelnen Patienten aufgebracht werden kann. Qualität kann nur dann umgesetzt werden, wenn durch Aufklärung den Pflegekräften Unsicherheiten genommen werden und durch umfassende Informationsweitergabe die Motivation geweckt wird (vgl. Schmidt 2005, S. 3ff).

Folgende Forschungsfrage wird bearbeitet: Welche Instrumente der Qualitätssicherung sind zu berücksichtigen, um eine bestmögliche Versorgung des Dialysepatienten zu gewährleisten?

In der Abschlussarbeit werden zuerst die Dialyse und die Gefäßzugänge beschrieben. Anschließend wird das Thema Qualität und Instrumente der Qualitätssicherung näher erörtert. Mit Hilfe vom PDCA Zyklus werden zwei Entwürfe für mögliche Dokumente für die Hämodialyse entworfen:

1. Die Aufnahme von einem Patienten in das chronische Dialyseprogramm: Wenn ein neuer Patient in das chronische Programm aufgenommen wird, sind zahlreiche Tätigkeiten erforderlich. Anhand einer möglichen Checkliste die hier erarbeitet wird, soll sichergestellt werden, dass alle erforderlichen Arbeitsschritte ordnungsgemäß durchgeführt werden.
2. Ein Informationsblatt für Patienten: Gut informierte Patienten können einen aktiven Beitrag dazu leisten, die Qualitätssicherung positiv zu beeinflussen. Anhand eines Informationsblattes sollen sie über die Hämodialyse und ihren Gefäßzugang (Shunt/Dialysekatheter) zusätzliche Aufklärung erhalten.

Ziel der Abschlussarbeit ist es, Arbeitsprozesse auf der chronischen Hämodialyse mit Hilfe vom PDCA-Zyklus zu bearbeiten, Möglichkeiten aufzuzeigen um den Informationsfluss zum Patienten zu optimieren und die Grundlagen der Qualitätssicherung in Bezug auf die chronische Hämodialyse zu beschreiben (Anmerkung der Verfasserin).

## **2 DIE CHRONISCHE HÄMODIALYSE**

In diesem Kapitel wird die Indikation und das Prinzip der Hämodialyse erklärt. Außerdem werden die Gefäßzugänge beschrieben und der pflegerische Umgang mit diesen (Anmerkung der Verfasserin).

### **2.1 Indikationen für die Hämodialyse**

Die Hämodialyse ist ein extrakorporales Blutreinigungsverfahren, das zum Einsatz kommt, wenn die Nieren ihre Funktion als Entgiftungs- und Ausscheidungsorgan nicht mehr wahrnehmen kann (vgl. Breuch 2008, S. 269).

Die Indikation für die Durchführung der Hämodialyse ist die terminale Niereninsuffizienz. Hauptursache stellen hierbei Erkrankungen dar, die das Nierenparenchym betreffen. Bei etwa 35% der Patienten ist die Niereninsuffizienz durch eine diabetische Glomerulosklerose verursacht. Circa 16% der Patienten, die in die Dialyse kommen, ist diese bedingt durch eine benigne oder maligne vaskuläre Nephrosklerose, entstanden durch langjährige schlechte oder fehlende Bluthochdruckeinstellung. 19% der terminalen niereninsuffizienten Patienten leiden an einer chronischen Glomerulonephritis. Die weiteren Indikationen für die Dialyse können vielfältig sein, beispielsweise Zystennieren oder eine interstitielle Nephritis. Es ist hervorzuheben, dass durch frühzeitige Diagnosestellung, adäquate Therapie und rechtzeitige Vorstellung beim nephrologischen Facharzt der Dialysebeginn verzögert oder sogar verhindert werden kann (vgl. Breuch 2008, S. 28).

### **2.2 Prinzip der Hämodialyse**

Das Herzstück der Dialyse ist der Filter, genannt Dialysator. Das Blut läuft durch diese semipermeable Membran entlang und wird in entgegengesetzter Richtung von der Dialysierflüssigkeit umschwemmt, man spricht vom Gegenstromprinzip (vgl. Breuch 2008, S. 269). Die Dialysierflüssigkeit besteht aus aufbereitetem Wasser, sauren und basischen Bestandteilen. Ziel dieser Zusammensetzung ist es, den Elektrolyt- und Säuren-Basen-Haushalt wiederherzustellen, der durch die Niereninsuffizienz aus dem Gleichgewicht geraten ist (vgl. Breuch 2008, S. 129). Die Membran des Filters ist passierbar für Wasser, kleine u. mittlere Moleküle, nicht aber für Blutkörperchen und größere Moleküle wie z.B. Eiweiß. Durch Diffusion können die angehäuften Urämietoxine aus dem Blut gefiltert werden (vgl. Breuch 2008, S. 269).

Diffusion bedeutet, das Bestreben der Teilchen einen Konzentrationsausgleich zu schaffen, also vom Ort der höheren Konzentration, zum Ort der niedrigeren Konzentration überzutreten (vgl. Breuch 2008, S. 113). Unter Ultrafiltration versteht man den Flüssigkeitsentzug während der Dialyse. Dies entsteht durch eine Druckdifferenz zwischen der Blutseite und der Dialysatseite (vgl. Breuch 2008, S. 269f). Unter Konvektion versteht man den Mitnahmeeffekt von gelösten Substanzen, hervorgerufen durch die Ultrafiltration. Dieser Prozess spielt im Rahmen der Hämodialyse nur eine untergeordnete Rolle, wird aber der Vollständigkeit halber trotzdem erwähnt (vgl. Breuch 2008, S. 117).

## **2.3 Gefäßzugänge**

Patienten in der terminalen Niereninsuffizienz benötigen einen dauerhaften Gefäßzugang. Hierbei nimmt der Shunt einen hohen Stellenwert ein. Der Shunt ist eine operativ geschaffene Verbindung zwischen einer Vene und einer Arterie, auch als AV-Fistel (arterio-venös) bezeichnet. Nach der Shuntanlage weitet sich durch den erhöhten Blutfluss der Gefäßdurchmesser aus und ist in weiter Folge optimal für die Durchführung der Dialyse vorbereitet. Wenn keine natürliche AV Fistel hergestellt werden kann, besteht die Möglichkeit eines Interponat. Also ein künstliches Blutgefäß aus dem Material Polytetrafluorethylen (vgl. Breuch 2008, S. 190f).

Ein weiterer Gefäßzugang für die Dialyse ist ein permanenter zentraler Venenkatheter. Dieser besitzt eine Muffe aus Dacron-Gewebe, die den Katheter umschließt und im Bindegewebe einwächst. Neben der Fixierung dient die Muffe als Keimbarriere. Der permanente Katheter verläuft einige Zentimeter untertunnelt unter der Haut, tritt dann in die obere Hohlvene ein und wird bis zum rechten Vorhof des Herzens geschoben. Der Eingriff stellt eine kleine Operation dar (vgl. Breuch 2008, S. 184).

Zur Durchführung einer Akutdialyse besteht die Möglichkeit der Anlage eines temporären zentralen Venenkatheters, auch ZVK oder Sheldon-Katheter genannt. Er ist lediglich eine vorübergehende, wenn auch adäquate Lösung (vgl. Breuch 2008, S. 180).

### **2.3.1 Shuntpflege**

Um eine möglichst lange Lebensdauer vom Shunt zu gewährleisten stellt der sorgsame Umgang mit der „Lebensader“ des Dialysepatienten oberste Priorität dar (vgl. Breuch 2008, S. 193).

Der Shunt des Patienten muss durch Tasten mehrmals täglich kontrolliert werden, ob er noch durchgängig ist für Blut. Ein leichtes Pulsieren oder auch „Schwirren“ genannt, ist hierbei spürbar. Fehlen diese Zeichen ist eine unmittelbare Kontaktaufnahme mit der Dialysestation oder der Gefäßchirurgie erforderlich, da es sich hierbei um einen Shuntverschluss handeln kann (vgl. Katschnig/Katschnig 2008, S. 60f).

Der Dialysepatient soll darauf achten, dass beengende Kleidungsstücke am Shuntarm vermieden werden, genauso wie zu enge Uhren oder Armreifen. Blutabnahmen, Injektionen, sowie Blutdruckmessungen dürfen am betroffenen Arm nicht durchgeführt werden. Der Shunt darf keinem Verletzungsrisiko ausgesetzt werden und somit sind potenziell gefährliche Tätigkeiten oder schweres Heben zu unterlassen. Wegen der Nachblutungsgefahr ist es ratsam saubere Tücher immer griffbereit zu haben, um bei Bedarf die Blutung abzurücken bis sie zum Stillstand kommt. Vor der Dialyse muss der Shunt mit Seifenwasser gereinigt werden. Tätigkeiten wie Baden, Schwimmen und Duschen sind an dialysefreien Tagen ratsam, um die Gefahr einer Infektion zu reduzieren (vgl. Katschnig/Katschnig 2008, S. 60f).

Außerdem ist im Sinne der Infektionsprophylaxe der Shunt „sauber“ zu halten, grobe Verschmutzungen sollen gemieden werden. Bei direkter Sonneneinstrahlung ist Vorsicht geboten, um Hautschäden durch einen Sonnenbrand zu vermeiden. Der Shunt darf vor der Dialyse nicht eingecremt werden, da ansonsten die Pflaster zur Kanülenfixierung nicht halten. Empfehlenswert ist zwischen den Dialysetagen das Versorgen der Punktionsstellen mit einer Wundsalbe, da so die Wundheilung gefördert wird und die Haut geschmeidig bleibt (vgl. Breuch 2008, S. 193).

Der Shunt ist, sowohl von den Pflegekräften als auch vom Patienten selbst, auf Entzündungszeichen zu beobachten, d.h. Rötung, Schwellung und Erwärmung der Haut ist unbedingt ernst zu nehmen. Die häufigen Shuntpunktionen können die Entstehung einer Infektion begünstigen, hervorgerufen durch eingeschwemmte Keime, die in einer lebensbedrohlichen Sepsis enden kann (vgl. Breuch 2008, S. 206).

Auch das Shuntraining ist von Bedeutung. Bei diesem Gefäßtraining wird beispielsweise ein faustgroßer Softball mehrmals täglich für ca. 10 Minuten komprimiert. Im günstigsten Fall beginnt der Patient damit bereits mehrere Wochen vor der operativen Shuntanlage und nach abgeschlossener Wundheilung nimmt er das Training wieder auf, bis der Shunt punktiert wird. Ziel ist es das die Venen sich weiten und somit optimal für den hohen Blutfluss vorbereitet werden, der für die Durchführung der Dialyse benötigt wird.

Außerdem wird durch diese Maßnahme als wertvoller Nebeneffekt das Bewusstsein für die Lebensader des Patienten gefördert (vgl. Hepp/Koch/Konner 2009, S. 373).

### **2.3.2 Katheterpflege**

Um eine möglichst lange Funktion vom permanenten Katheter zu gewährleisten, ist die Compliance vom Dialysepatienten unerlässlich. Aufgrund des hohen Infektionsrisikos hat Hygiene daheim als auch im Krankenhaus oberste Priorität. Der Verband darf im Rahmen der Körperpflege oder sonstigen Tätigkeiten nicht nass werden. Im Falle von Schmerzen, Rötungen oder lokaler Erwärmung im Katheterbereich, Körpertemperatur über 38 Grad Celsius, Flüssigkeits- oder Blutaustritt aus dem Verband ist es erforderlich, dass der Patient Kontakt mit der zuständigen Dialyseinstitution aufnimmt. Der permanente Katheter muss im Rahmen der Hämodialyse für das Pflegepersonal leicht zugänglich sein.

Empfehlenswert ist das Tragen von Bekleidung mit weitem Ausschnitt oder Blusen und Hemden. Der Patient muss darauf achten, dass keine mechanische Reibung durch beispielsweise beengende Kleidungsstücke oder Unterwäsche stattfindet. Außerdem muss der Dialysepatient beim Bekleiden achtsam sein, um Reizung oder Zug auf den Katheter zu verhindern (vgl. [www.nephro-fachverband.de](http://www.nephro-fachverband.de)).

### 3 QUALITÄT IN DER PFLEGE

Im nachfolgenden Kapitel wird der Terminus Qualität beschrieben und erläutert nach welchen Kriterien Qualität eingeteilt werden kann (Anmerkung der Verfasserin).

Der Begriff Qualität im Gesundheitswesen hat bereits seit geraumer Zeit einen hohen Stellenwert und gewinnt auch in Zukunft immer mehr an Bedeutung. Pflegepersonen befürchten oft, dass Pflegequalität mit vermehrtem Arbeitsaufwand verbunden ist und mit weniger Zeit für den Patienten (vgl. Schmidt 2005, S. 3).

Somit ist die Qualität in der Pflege ein sehr komplexes Thema und schwer erfassbar, da es auch durch Gefühle wie Wohlbefinden und Zuwendung beeinflusst wird (vgl. Schmidt 2005, S. 13).

#### 3.1 Definition

Um Qualität in der Pflege zu definieren ist zu berücksichtigen, dass dies von der subjektiven Wahrnehmung vom Betrachter abhängig ist. Die Sichtweise vom Patienten, vom Pflegepersonal aber auch vom gesellschaftlichen Umfeld spielt hierbei eine entscheidende Rolle (vgl. Schmidt 2005, S. 13).

Außerdem unterliegt die Qualität auch dem Wandel der Zeit. Dienstleistungen oder Produkte die den damaligen Anforderungen noch entsprochen haben, erfüllen es aus heutiger Sicht durch den stetigen Fortschritt nicht mehr (vgl. Breuch 2008, S. 251).

Definition der Qualität lt. DIN EN ISO 55350: „Qualität ist die Gesamtheit der Merkmale einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen“ (Schmidt 2005, S. 9).

→ Das Deutsche Institut für Normung (DIN) hat Standards erstellt, die auf nationaler und internationaler Ebene wirksam sind, mit dem Ziel an den Forderungen eines international gültigen Qualitätsmanagementsystems nachzukommen. Für den Dienstleistungsbereich wurde die DIN EN ISO 9000 erstellt, d.h. es handelt sich um deutsche Normen (DIN), europäische Normen (EN) und um internationale Normen (ISO). Die Nummerierung gibt Hinweis über die Zuordnung der entsprechenden Normenfamilie, z.B. 55350 – Grundbegriffe des Qualitätsmanagements (vgl. Schmidt 2005, S. 31).

Definition der Pflegequalität nach Avedis Donabedian: „Grad der Übereinstimmung zwischen den Zielen des Gesundheitswesens (bzw. der Kunden) und der wirklich geleisteten Pflege“ (Menche/Bazlen/Kommerell 2001, S. 53).

### 3.2 Qualitätsraster nach Donabedian

Bereits Ende der sechziger Jahre hat A. Donabedian (1919-2000) ein Instrument beschrieben, nachdem die Qualität in der Pflege eingeteilt werden kann. Nach Donabedian besteht das Qualitätsraster aus 3 Bereichen: Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität (vgl. Schmidt 2005, S. 13).

Strukturqualität: Hierbei müssen die Rahmenbedingungen erfüllt werden wie z.B. finanzielle und personelle Ressourcen, Gebäude, Räumlichkeiten und Hilfsmittel (vgl. Schmidt 2005, S. 13).

Prozessqualität: Als Prozesse werden regelmäßig durchgeführte Arbeitsschritte bezeichnet. Alle direkten pflegerischen Tätigkeiten fallen darunter und diese werden auch als Kernprozesse betitelt. Aber auch indirekte Patiententätigkeiten wie die Administration und Vorsorge und Nachsorge von Pflegeaufgaben zählen zur Prozessqualität, sie werden auch als Support- oder Unterstützungsprozesse benannt. Ein weiterer Teil ist der Managementprozess, in der die strategische Planung und Weiterentwicklung der Pflege erfolgt (vgl. Schmidt 2005, S. 14).

Ergebnisqualität: Die Messung der Ergebnisse ist von großer Bedeutung. Hierzu gibt es unterschiedliche Möglichkeiten wie beispielsweise Kundenbefragungen, Beurteilung der Pflegeplanung und Ermittlung der Veränderungen vom Gesundheitszustand des Patienten (vgl. Schmidt 2005, S. 15).

Um eine bestmögliche Qualität zu erzielen sind nicht nur diese drei Elemente zu berücksichtigen, sondern auch die Compliance des Patienten. Durch sein aktives Beitragen am Genesungsprozess wird das Behandlungsergebnis positiv beeinflusst (vgl. Breuch 2008, S. 252)

### 3.3 Stufen der Pflegequalität

Die Stufen der Pflegequalität sind ein Instrument um die Qualität der tatsächlich geleisteten Pflege grob zu bewerten. Die Pflegequalität kann laut Siegfried Huhn und Karla Kämmer aus dem Jahr 1991 in ein 4 Phasen „Modell“ eingeteilt werden (1996 vom Deutschem Berufsverband für Pflegeberufe veröffentlicht). Ursprünglich wurde es entwickelt für den Sektor der Altenpflege (vgl. Schmidt 2005, S. 16f).

Stufe 1: Darunter versteht man gefährliche Pflege, da pflegerische Maßnahmen falsch oder gar nicht durchgeführt werden. Der Patient hat als Folge der Pflegefehler eine Kontraktur, Dekubitus oder Atemwegserkrankung.

Stufe 2: Die Routinepflege gestaltet sich so, dass der Patient zwar korrekt versorgt wird, aber individuelle Bedürfnisse nicht berücksichtigt werden, da sie den Pflegealltag stören.

Stufe 3: Die angemessene Pflege ist orientiert an den Bedürfnissen und Gewohnheiten des kranken Menschen. Der Patient wird über pflegerische Tätigkeiten ausreichend informiert und sein soziales Umfeld wird so gut als möglich in die Pflege miteinbezogen.

Stufe 4: Die optimale Pflege bezieht den Patienten, sowie auf Wunsch seine Angehörigen aktiv in den Behandlungs- und Genesungsprozess ein und er kann ein hohes Maß an Mitsprache in Anspruch nehmen. Durch die Selbstbestimmung ist der Patient motiviert und zufrieden (vgl. Schmidt 2005, S. 16f).

### **3.4 Hygienische Aspekte**

Das Immunsystem eines Dialysepatienten ist deutlich reduziert, deshalb haben Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe oberste Priorität. Die Händehygiene und das richtige Handling mit Medizinprodukten können wesentlich dazu beitragen, nosokomiale, also im Krankenhaus erworbene, Infektionen zu vermeiden. Es ist zu berücksichtigen, dass hygienische Maßnahmen nicht nur dem Patienten zu Gute kommen, sondern auch der Eigenschutz hier einen bedeutenden Stellenwert einnimmt.

Durch den ständigen Kontakt mit potenziell infektiösem Blut ist eine streng aseptische Arbeitsweise auf der Dialysestation indiziert, um die Übertragung von Krankheiten zu minimieren. Die sogenannte Non-Touch-Technik, die räumliche Trennung von septischen und aseptischen Bereichen, sowie Sterilisations- und Desinfektionsverfahren sind hier erwähnenswert (vgl. Breuch 2008, S. 439).

Auf der Hämodialyse ist die Desinfektion der Dialysemaschinen nach jeder Behandlung von großer Bedeutung. Neben der Oberflächendesinfektion sind bei den Geräten verschiedene Desinfektionsverfahren einzuleiten. Es gibt die chemische Desinfektion (mittels Peressigsäure), die thermische Desinfektion (Permeaterhitzung auf mind. 105°C) und die chemo-thermische Desinfektion (Permeaterhitzung auf mind. 85°C und Zufuhr von Zitronen- oder Apfelsäure). Bei diesen verschiedenen Aufbereitungsverfahren ist immer eine Absprache mit dem jeweiligen Gerätehersteller erforderlich. Zu berücksichtigen ist außerdem, dass auch die Reservegeräte in regelmäßigen Abständen einer Desinfektion unterzogen werden müssen (vgl. Breuch 2008, S. 441f).

Besondere hygienische Maßnahmen sind bei Dialysepatienten erforderlich, die mit Hepatitis B oder C infiziert sind. Empfehlenswert ist eine räumliche Trennung der infektiösen Patienten während der Dialysebehandlung. Das Dialysegerät ist zu kennzeichnen und darf nur für die jeweilige Patientengruppe verwendet werden.

Eine Rückführung der Maschine ist nur durch eines von der jeweiligen Firma vorgegebenes Desinfektionsverfahren möglich. Bei allen Dialysepatienten ist in regelmäßigen Abständen ein Hepatitisscreening durchzuführen, um mögliche Infektionen alsbaldig zu erkennen (vgl. Breuch 2008, S. 449f).

Multiresistenten Erregern, wie der MRSA (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus) sind auch im Dialysebereich besonderes Augenmerk zu schenken. Bei einer lokal begrenzten Kolonisierung z.B. ein verbundener Hautdefekt, ist keine Isolierung erforderlich. Ansonsten ist eine räumliche Trennung notwendig und spezielle hygienische Maßnahmen (Schutzkleidung, regelmäßige Abstriche, etc.). Erfolgt der Krankentransport mit der Rettung, muss der Patient einen Mund- und Nasenschutz tragen. MRSA Patienten benötigen kein eigenes Dialysegerät (vgl. Breuch 2008, S. 450f).

## **4 INSTRUMENTE DER QUALITÄTSSICHERUNG**

In den nachfolgenden Kapiteln werden die Instrumente der Qualitätssicherung beschrieben und erläutert warum der Kunde bzw. der Patient immer mehr im Mittelpunkt des Geschehens liegt (Anmerkung der Verfasserin).

### **4.1 Kundenorientierung**

Die Orientierung nach den Bedürfnissen des Kunden nimmt auch in der Pflege einen hohen Stellenwert ein und gestaltet sich nicht immer als einfach. Oft können Wünsche aus medizinischen oder finanziellen Gründen nicht erfüllt werden. Deshalb ist es genau hierbei wichtig die Ansprüche des Patienten mit den Bedürfnissen der Mitarbeiter und allen beteiligten Personen zu koordinieren. Das Miteinbeziehen der Wünsche und Anliegen des Patienten ist ein wichtiger Bestandteil der Pflegequalität und durch Empathie kann die Kundenorientierung genau auf den Einzelnen abgestimmt werden. Ein Hilfsmittel um die Bedürfnisse des Patienten zu erfassen, ist eine sorgfältig erstellte Pflegeanamnese (vgl. Schmidt 2005, S. 89).

Arbeitsprozesse werden in Krankenanstalten vermehrt auf die Bedürfnisse des Patienten angepasst, da er schließlich als Kunde eine Dienstleistung in Anspruch nimmt und somit Arbeitsplätze und ein sicheres Einkommen schafft. Wo damals noch die Unterordnung und Dankbarkeit des Patienten gefordert wurde, liegt heute das Hauptaugenmerk auf die Befriedigung der Wünsche des Patienten, nicht zuletzt beeinflusst durch die Konkurrenz zwischen den Krankenanstalten (vgl. Menche/Bazlen/Kommerell 2001, S. 66).

An dieser Stelle sind die Grundpfeiler des „Total Customer Care“ (TCC) erwähnenswert. Im modernen Managementbereich nimmt die totale Orientierung nach den Ansprüchen des Kunden die höchste Priorität in einem Unternehmen ein. Die nachfolgenden Grundsätze stehen auch mit dem Pflegesektor in enger Verbindung. Die Unternehmenskultur des „Total Customer Care“ wird vom Management nach innen und außen präsentiert. Es besagt beispielsweise, dass alle Mitarbeiter die Kundenorientierung praktisch umsetzen müssen. Nur ein enthusiastischer und motivierter Mitarbeiter versucht die Kundenorientierung positiv zu beeinflussen. Ändern sich die Ansprüche des Kunden sind sofort entsprechende Maßnahmen zu ergreifen und zu handeln. Das TCC hat als Ziel das höchste Maß an Kundenzufriedenheit zu erreichen, da nur diese Strategie einen Kunden binden kann (vgl. Schmidt 2005, S. 134).

Auch auf der chronischen Hämodialyse stellt die Orientierung nach den Bedürfnissen des Patienten einen immer wichtigeren Prozess dar. Da Patienten den Wunsch haben über

ihren Dialysezugang gut aufgeklärt zu sein, wird wie bereits erwähnt, ein Entwurf für ein Informationsblatt erstellt, welches in Kapitel 8 zu finden ist (Anmerkung der Verfasserin).

## **4.2 Pflegedokumentation**

Die Pflegedokumentation ist zum einen ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung und zum anderen gesetzlich verankert. Durch eine sorgfältige Dokumentation sind pflegerischen Maßnahmen nachvollziehbar und es können unnötige Kosten durch Leistungstransparenz verhindert werden (vgl. Leoni-Scheiber 2004, S. 14).

Sie ist ein zentraler Datenträger, da sie alle pflegerelevanten Informationen beinhaltet und für alle Personen zugänglich ist, die am Genesungsprozess vom Patienten beteiligt sind.

Die Grundlage für eine effektive Pflegedokumentation bildet eine harmonische Zusammenstellung der Dokumente untereinander (vgl. Messner 2003, S. 17).

Die Dokumentation der Pflege muss zeitnah erfolgen, der Wahrheit entsprechen, vollständig und gut strukturiert sein. Außerdem darf das Schreibmaterial nicht löschar sein und die Handschrift leserlich (vgl. Leoni-Scheiber 2004, S. 21).

Jede pflegerische Tätigkeit und Beobachtung muss mit Datum, Uhrzeit und Kürzel dokumentiert werden. Auf jeder Station hat eine aktuelle Liste über die Handzeichen der Mitarbeiter aufzuliegen. Die dokumentierten Einträge dürfen gegenüber dem Patienten nicht wertend formuliert werden, eine objektive Beurteilung ist erforderlich (vgl. Messner 2003, S. 85).

In den nachfolgenden Paragraphen wird erörtert, wo überall die Dokumentationspflicht der Pflege verankert ist:

Paragraph 5 des GuKG, die Pflegedokumentation, besagt, dass alle gesundheits- und krankenpflegerischen Maßnahmen sowie Pflegeanamnese, Pflegediagnose, Pflegeplanung und Pflegemaßnahmen zu dokumentieren sind. Diese Dokumentationspflicht gilt für den intra- und extramuralen Sektor. Patienten können auf ausdrücklichen Wunsch in diese Dokumentation einsehen. Die eigenständige Pflegedokumentation trägt wesentlich zur Pflegequalität bei (vgl. Weiss-Faßbinder/Lust 2006, S. 39).

Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich, der in Paragraph 14 zu finden ist, beinhaltet unter anderem die Pflicht den Pflegeprozess zu dokumentieren (vgl. Weiss-Faßbinder/Lust 2006, S. 58). Auch die Patientenrechte die in der Patientencharta geregelt sind, verweisen auf die Notwendigkeit, dass alle Maßnahmen im diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Bereich zu dokumentieren sind (vgl. Andreas/Gottwald 2008, S. 71).

Das KAKuG verpflichtet in Paragraph 10 alle Krankenanstalten zur Darstellung sämtlicher ärztlichen, pflegerischen und sonstigen therapeutischen Handlungen in Form einer Krankengeschichte (vgl. Weiss-Faßbinder/Lust 2006, S. 40).

Auch auf der Hämodialyse wird versucht diesen gesetzlichen Anforderungen nachzukommen. In Kapitel 9 wird der Entwurf einer Checkliste mit allen nötigen Arbeitsschritten dargestellt, die erforderlich sind wenn ein Patient in das chronische Dialyseprogramm aufgenommen wird. Der jeweilige Mitarbeiter muss dann mit Datum und Handzeichen deren Durchführung dokumentieren (Anmerkung der Verfasserin).

### **4.3 Pflegequalitätssicherungsgesetz**

Das PQsG ist seit 1. Jänner 2002 gesetzlich verankert und stellt die Wahrung der Pflegequalität und Sicherung der Patientenrechte in den Vordergrund (vgl. Messner 2003, S. 86f).

Es gibt vor, dass Gesundheits-und Krankenanstalten ein Qualitätsmanagementsystem einsetzen müssen. Dieses soll alle zwei Jahre auf seine Wirksamkeit kontrolliert werden und einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess unterliegen (vgl. Menche/Bazlen/Kommerell 2001, S. 55).

Den Trägern der Krankenanstalten obliegt die Qualitätsverantwortung, d.h. sie verpflichten sich zu einer adäquaten Qualität ihrer angebotenen Dienstleistungen und Produkte sowie zu einer stetigen Verbesserung der Pflegequalität. In Krankenanstalten muss die Qualitätssicherung bei allgemeinen Pflegemaßnahmen, der medizinischen Pflege, der soziale Fürsorge, der Verköstigung und den Zusatzleistungen gewährleistet sein (vgl. Lauber 2012, S. 213).

Durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) werden Qualitätsprüfungen durchgeführt. Diese befassen sich mit den Vorgaben im Bereich der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Entstanden ist dieses Gesetz aufgrund zum Teil schwerer Qualitätsdefizite in pflegerischen Einrichtungen (vgl. Schmidt 2005, S. 19).

## **5 INFORMATIONSWETERGABE AN PATIENTEN**

Gut informierte Patienten und Angehörige sind ein wesentliches Instrument der Qualitätssicherung und beeinflussen die Pflegequalität nachhaltig. Nachfolgend wird die Informationsweitergabe an Patienten aus verschiedenen Blickwinkeln beschrieben (Anmerkung der Verfasserin).

### **5.1 Allgemeine Aspekte**

Informationsgabe und Aufklärung wirken sich positiv auf Heilung und Befinden des Erkrankten aus. Patienten haben das Bedürfnis nach Informationen. Es geht nicht darum alles ins Detail zu erklären, sondern auf seine Fragen Rücksicht zu nehmen und auf ihn einzugehen (vgl. Menche/Bazlen/Kommerell 2001, S. 64). Untersuchungen haben gezeigt, dass das Wohlbefinden der Patienten in engen Bezug zum Informationsfluss steht. Somit beteiligt sich der Patient umso mehr am Pflege- und Genesungsprozess, je besser er informiert und aufgeklärt wurde (vgl. Leoni-Scheiber 2004, S. 35). Sobald ein Defizit an Informationen besteht, sollte ein Gespräch stattfinden, um dieses zu beheben. Durch gezielte Auskunft wird dem Patienten Sicherheit vermittelt und Sorgen minimiert (vgl. Menche/Bazlen/Kommerell 2001, S. 280). Wichtige Information müssen bei Bedarf mehrmals wiederholt und/oder fraktioniert vermittelt werden. Zu berücksichtigen sind hierbei die kognitiven Fähigkeiten und der aktuelle Gesundheits- und Allgemeinzustand des Patienten. Das Rückfragen ist unverzichtbar, um sicherzugehen dass das Gesagte auch verstanden wurde (vgl. Leoni-Scheiber 2004, S. 35).

Ebenso in der Gesundheitsförderung gehören Aufklärung, Beratung und Information zu einem festen Bestandteil in der Pflege. Sie sollen dann zum Einsatz kommen, wenn die Ressourcen einer Person nicht mehr dazu in der Lage sind ein Problem selbstständig zu lösen (vgl. Steinbach 2004, S. 121). Die Patientenedukation stellt die Autonomie des Patienten und die Hilfe zur Selbstpflege an oberste Stelle. Neben der Informationsweitergabe beschreibt sie auch die Empathie, Motivation und Unterstützung des Patienten als sehr wichtige Komponente. Besonders Pflegepersonen sind geeignet für Informationsgespräche, da sie zumeist sehr gut über den aktuellen Zustand vom Patienten bescheid wissen (vgl. Menche/Bazlen/Kommerell 2001, S. 282).

Im Rahmen der Gesundheitsförderung wird auch die Strategie des Empowerment (also die Ermächtigung/Befähigung) beschrieben. Diese zielt darauf ab, dass dem Menschen seine Stärken und Ressourcen aufgezeigt werden damit er sein Leben besser beeinflussen kann (vgl. Steinbach 2004, S. 50).

Die Gesundheitsförderung als Vorbild genommen sollen somit Dialysepatienten dazu befähigt werden durch ausreichende Informationen Komplikationen vom Dialysezugang sofort zu erkennen, über sachgerechtes Handling vom Dialysezugang Bescheid zu wissen und werden somit aktiv in den Behandlungsprozess mit einbezogen. Erreichbar wird dies beispielsweise durch das Erstellen des Informationsblattes für Dialysepatienten, was sie beim Umgang mit ihrem Gefäßzugang beachten müssen (Anmerkung der Verfasserin).

## **5.2 Rechtliche Aspekte**

In diesem Kapitel werden nun all jene Bereiche erläutert, in der die Informationspflicht gesetzlich geregelt ist.

Die Informationsweitergabe an Patienten ist ein Patientenrecht und ist gesetzlich verankert in der Patientencharta sowie im KAKuG. Paragraph 5 des KAKuG legt fest, dass Patienten in ihre Krankengeschichte einsehen dürfen und sich somit Informationen über Gesundheits- und Krankheitszustand und Therapie einholen können. Außerdem haben Pfleger das Recht über Behandlungsmöglichkeiten einschließlich Risiken aufgeklärt zu sein (vgl. Andreaus/Rainer 2008, S. 67).

Die Patientencharta legt Mindeststandards fest und basiert auf der Wahrung der Persönlichkeitsrechte, Menschenwürde und der Akzeptanz von Menschen unabhängig vom Krankheitsbild. In der Patientencharta wird darauf hingewiesen, dass Pfleger über Diagnose, Therapie und Risiken ausreichende Informationen erhalten müssen. Die dargelegten Inhalte müssen verständlich sein und dem Bildungsstand des Patienten angepasst. Außerdem müssen Patienten erfahren, wie sie am besten die Therapie und Behandlung unterstützen können um am Genesungsprozess aktiv mitzuwirken (vgl. Andreaus/Rainer 2008, S. 69f).

Auch im GuKG wird die Informationsweitergabe an Patienten geregelt. Im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich (§ 14) ist zu finden, dass Patienten über die Vorbeugung von Krankheiten, sowie über gesundheitsfördernde Maßnahmen informiert werden müssen (vgl. Weiss-Faßbinder/Lust 2006, S. 58).

Paragraph 9 des GuKG regelt die Auskunftspflicht. Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe müssen den Patienten über alle pflegerischen Maßnahmen informieren. Hierbei ist auf die geistigen Fähigkeiten des Patienten Rücksicht zu nehmen. Ziel der Auskunft ist es eine Vertrauensbasis zum Patienten zu schaffen (vgl. Weiss-Faßbinder/Lust 2006, S. 49).

Der interdisziplinäre Tätigkeitsbereich des GuKG (§ 16) beinhaltet das Mitwirken bei gesundheitsfördernden Maßnahmen und bei der Unfall- und Krankheitsvorbeugung.

Außerdem wird im Rahmen der Gesundheitsförderung auf die Wichtigkeit der beratenden Funktion der Pflegekräfte verwiesen (vgl. Weiss-Faßbinder/Lust 2006, S. 82).

## **6 PATIENTENSICHERHEIT**

Die Sicherheit des Patienten ist Teil des Risikomanagements und stellt somit ein wesentliches Instrument der Qualitätssicherung dar (vgl. Höfert 2011, S. 249).

### **6.1 Definition**

„Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert die Patientensicherheit als ‚Bewahrung des Patienten vor unnötigen Schädigungen oder potenziellen Schädigungen im Zusammenhang mit der Gesundheitsvorsorge‘“ (Höfert 2011, S. 249).

### **6.2 Patientensicherheitsziele laut Joint Commission International**

Die Joint Commission International ist eine Organisation mit dem Ziel die Behandlungsqualität stetig zu verbessern (vgl. Joint Commission International 2010, S. 2).

Für diese hat die Sicherheit des Patienten sehr hohe Priorität und somit beschreibt sie 6 Patientensicherheitsziele. Alle Krankenanstalten die nach der JCI akkreditiert sind, verpflichten sich zur deren Einhaltung. Grundgedanke der internationalen Patientensicherheitsziele ist, dass alle erbrachten Leistungen sicher sind und ohne Patientengefährdung einhergehen (vgl. Joint Commission International 2010, S. 42).

„**Ziel 1** Korrekte Identifizierung des Patienten

**Ziel 2** Verbesserung der Kommunikationseffizienz

**Ziel 3** Verbesserung der Sicherheit bei Medikamenten, die eine erhöhte Aufmerksamkeit erfordern

**Ziel 4** Sicherstellung der Durchführung von Operationen an der richtigen Stelle, mittels des richtigen Verfahrens und am richtigen Patienten

**Ziel 5** Verringerung des Risikos von behandlungsassoziierten Infektionen

**Ziel 6** Verringerung des Verletzungsrisikos des Patienten durch Stürze“ (Joint Commission International 2010, S. 42).

Durch das Erstellen von einem Informationsblatt für Dialysepatienten soll versucht werden zwei Patientensicherheitszielen zu erreichen: Ziel 2, die Verbesserung der Kommunikationseffizienz und Ziel 5, die Verringerung des Risikos von behandlungsassoziierten Infektionen. Aber auch die korrekte Identifizierung der Patienten hat auf der chronischen Hämodialyse einen hohen Stellenwert und wird deshalb nachfolgend beschrieben (Anmerkung der Verfasserin).

### **6.3 Patientenidentifikation auf der chronischen Hämodialyse**

Ziel 1 der Patientensicherheitsziele der JCI beschreibt die Wichtigkeit der korrekten Patientenidentifizierung. Sie fordert von allen Krankenanstalten Strategien zur Verbesserung dieser Maßnahme, um Patientenverwechslungen zu vermeiden. Eine falsche Identifizierung von Patienten kommt fast in allen Bereichen vor, besondere Vorsicht ist geboten bei sedierten, dementen, komatösen oder kognitiv beeinträchtigten Personen. Es ist nicht oft genug zu erwähnen wie wichtig es ist, dass der richtige Patient, die richtige, auf ihn abgestimmte, Behandlung oder Therapie erfährt (vgl. Joint Commission International 2010, S. 43). Das Risiko einer Verwechslung steigt mit der Anzahl der im Behandlungsprozess involvierten Personen und ist auch abhängig von der Komplexität des Versorgungssystems. Unterstützende Maßnahmen sind beispielsweise Patientenidentifikationsarmbänder (vgl. Höfert 2011, S. 251).

Im Rahmen der Patientenidentifikation ist es notwendig, dass bei allen Dialysepatienten vor Behandlungsbeginn die richtige Identität geklärt ist. Patienten, die sich im chronischen Dialyseprogramm befinden, sind bereits beim Personal bekannt. Derzeit erfolgt die Patientenidentifikation auf der Hämodialyse mittels Fotodokumentation. Jeder Patient der sich im chronischen Programm befindet wird fotografiert. Das Foto befindet sich im ORBIS (= EDV System der KABEG) neben dem Patientennamen. Neue Mitarbeiter der Dialyse kennen jedoch die Dialysepatienten nicht und es ist nicht immer sofort Zeit, die Fotos mit dem Patienten zu vergleichen. Außerdem können Fotos schnell nicht mehr aktuell sein, da sich vor allem alte Patienten mit raschem Gewichtsverlust optisch schnell verändern. Ebenso eine Verschlechterung vom Allgemeinzustand oder „nur“ das nicht Einsetzen der Zahnprothese führt zu erheblichen äußerlichen Veränderungen. Die Patientenfotos kann man außerdem nicht vergrößern, sie sind sehr klein dargestellt und es ist genaues Hinsehen erforderlich. Somit ist es in Frage zu stellen, ob es nicht sinnvoller ist, dass sich Dialysepatienten bei der zuständigen Leitstelle für Ambulanzen der 1. Medizinischen Abteilung anmelden (oder durch Rettung bzw. Taxiunternehmen angemeldet werden) und dort ein Patientenidentifikationsarmband angelegt bekommen.

Dieser Prozessablauf ist für den allgemeinen Ambulanzbetrieb im Klinikum ansonsten auch üblich. Ein Ausweisen direkt auf der Dialysestation mittels Reisepass oder e-card erscheint nicht als sinnvoll, da immer darauf gedacht werden muss, diese Dokumente auch mitzunehmen und das sicherlich für viele ältere Dialysepatienten problematisch ist. Außerdem ist auch hier wieder die Frage wie aktuell das Foto beispielsweise vom Reisepass ist.

Die Identifikation von stationären Patienten erfolgt vor Dialysebeginn durch das Kontrollieren vom Patientenidentifikationsarmband. Bei Personen, die eine Urlaubsdialyse in Anspruch nehmen, wäre es ebenso erforderlich, dass die Anmeldung über die Leitstelle erfolgt, mit Aushändigen eines Armbandes zur Identifikation.

Im Sinne der Patientensicherheitsziele ist es für die Hämodialysestation vorstellbar für alle chronischen Dialysepatienten einen Ausweis zu erstellen und einzusetzen. Patienten können sich dann nicht nur im eigenen Dialysezentrum eindeutig als der richtige Patient identifizieren, sondern auch im Rahmen von Urlaubsdialysen wäre es von Vorteil. Ebenso bei Unfällen oder sonstigen Notfallereignissen kann der Rettungsdienst bei finden des Ausweises erstens, die Person sofort identifizieren und zweitens, wichtige Informationen daraus entnehmen. Diese Maßnahme würde allerdings wieder das ständige Mitnehmen vom Ausweis voraussetzen. Informationen die der Ausweis beinhalten sollte sind: Name des Patienten, Geburtsdatum, die Dialysepflichtigkeit und Dialysezugang, wichtige Nebendiagnosen, Kontaktdaten der betreuenden Dialyseeinrichtung, ev. Name u. Telefonnummer vom nächsten Angehörigen, besondere Medikamente die der Patient einnimmt. Der Verein "Dialysepatienten und Transplantierte Chemnitz e.V." hat auf seiner Homepage einen Ausweis für Dialysepatienten in der Größe einer Chipkarte. Es wäre vorstellbar, dass man sich beim Erstellen eines Dialyseausweises daran orientiert (Anmerkung der Verfasserin).

The image shows a form titled "Dialyse-Notfallpass" (Dialysis Emergency Pass) with a green cross icon and a dialysis machine icon. The form is divided into two main sections. The left section contains a warning "ACHTUNG! Der Träger dieses Ausweises ist Dialysepatient!" and fields for "Name:", "Geburtstag:", "Telefon:", and "Anschrift:". Below these are checkboxes for "Vorsorgevollmacht" and "Patientenverfügung", and a field for "Hinterlegt unter Telefon:". The right section is titled "Betreuende Dialyseeinrichtung:" and "Im Notfall zu beachten:", followed by a red warning "Keine Blutdruckmessung am Shuntarm!". At the bottom right, there is a field for "Datum/Unterschrift:" and the website "www.dtcev.de".

Abbildung 1: Dialyse-Notfallpass ([www.igdchemnitz.de](http://www.igdchemnitz.de))

## 7 DER PDCA-ZYKLUS

Der PDCA-Zyklus oder auch Deming Kreis genannt, nach seinem Entwickler ist ein wichtiges Instrument zur Qualitätsumsetzung in einem Unternehmen (vgl. Schmidt 2005, S. 35). Er besteht aus vier Phasen mit dem Ziel einer kontinuierlichen Verbesserung. Die vier Elemente sind Plan-Do-Check-Act. In der Planungsphase (Plan) erfolgt die Informationssammlung, der IST Zustand wird erstmals erhoben, Probleme und Ressourcen werden analysiert, Ziele werden klar definiert und Maßnahmen werden geplant. In der Durchführungsphase (Do) werden Arbeitsprozesse in den Alltag eingebracht. Diese wird als die Schwierigste im Verbesserungszyklus beschrieben. Dem Team wird Geduld und Flexibilität abverlangt. Außerdem soll sich für jeden Arbeitsschritt ausreichend Zeit genommen werden. Empfehlenswert ist es, neue Arbeitsprozesse immer schrittweise einzuführen, orientiert an einer Prioritätenliste. Beim Check erfolgt eine sorgfältige Überprüfung der Resultate (Evaluation). In der letzten Phase (Act) ist es notwendig den Qualitätsstandard aufrechtzuerhalten und ggf. zu verbessern (vgl. Schmidt 2005, S. 51ff).

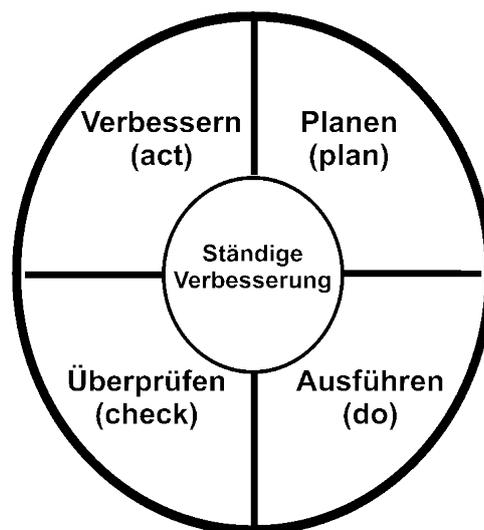


Abbildung 2: Der PDCA-Zyklus ([www.talessin.de](http://www.talessin.de))

Zwei Arbeitsprozesse in der chronischen Hämodialyse werden nachfolgend mit Hilfe vom PDCA Zyklus analysiert: Die Aufnahme von neuen Patienten in das chronische Dialyseprogramm und die Information von Patienten und Angehörigen über den jeweiligen Dialysezugang (Shunt und Dialysekatheter).

Zur Veranschaulichung werden alle Phasen des Verbesserungsprozesses erläutert (Anmerkung der Verfasserin).

## 7.1 Die Planung

Die Planungsphase ist das erste Element vom Deming Kreis. Nachfolgend wird jetzt der IST Zustand bei der Aufnahme von Patienten in das chronische Dialyseprogramm und bei der Informationsweitergabe an Dialysepatienten beschrieben (Anmerkung der Verfasserin).

### 7.1.1 Aufnahme von Patienten ins chronische Programm

Bei diesem Arbeitsschritt werden jetzt die erforderlichen Informationen gesammelt, sowie Probleme und Ressourcen formuliert.

Informationssammlung: Die nachfolgenden Tätigkeiten sind notwendig, wenn ein Dialysepatient ins chronische Programm aufgenommen wird. Im günstigsten Fall werden am Tag der Aufnahme alle Arbeitsschritte getätigt. Eine Ausnahme stellt die Diätberatung dar, weil diese nur bei Bedarf oder auf Wunsch durchgeführt wird und auch bei Notwendigkeit aus organisatorischen Gründen des Diätdienstes erst für die nächsten Dialysetermine vereinbart werden kann. Auch das Einscannen der Blutgruppe ist nicht am gleichen Tag möglich, weil der Befund vom Roten Kreuz erst ein paar Tage später eintrifft.

#### Erforderliche Pflegemaßnahmen:

- Korrekte Identifizierung des Patienten mittels Fotodokumentation des neuen Dialysepatienten
- Anlegen einer Patientenmappe mit Überwachungsblatt, ärztliches Anordnungsblatt und Dekurs
- Elektronische Patientenaufnahme im Orbis (Button: Neuer ambulanter Fall): Hier muss unbedingt die Aktualität der Daten kontrolliert werden. Stimmt die Telefonnummer und Anschrift des Patienten? Ist die Telefonnummer vom nächsten Angehörigen noch aktuell? Wo ist der Patient versichert? Die Zuordnung der richtigen Aufnahmezahl für den Patienten erfolgt automatisch im Computerprogramm. Bei Behandlungsart ist „Nachbehandlung nach erster Hilfe“ zum Auswählen.
- Hinzufügen des Patienten auf der aktuellen Patientenstandliste mit der zugeordneten Aufnahmezahl sowie Datum der ersten Hämodialyse
- Bestimmung der Blutgruppe und anschließendes Einscannen
- Bestimmen der Hepatitis- und HIV-Parameter: mögliche Infektionen müssen sofort bekannt sein, um entsprechende Maßnahmen zu ergreifen. Bei infektiösen Patienten erhält die Dialysemaschine eine andere Art von Desinfektionsverfahren.
- Aktuelles Monatslabor: Auf ärztliche Anordnung

- Erstellen der Pflegeanamnese: Alle Einschränkungen, aber auch Ressourcen, die der neue Dialysepatient aufweist werden beschrieben. Wichtig ist die Dokumentation vom Dialysezugang, dessen Lage und Auffälligkeiten. Unter dem Punkt „Sons-tiges“, hat der zuständige Mitarbeiter die Möglichkeit zusätzliche, für das Team wichtige Informationen zu erwähnen.
- Auswahl und Organisation vom Dialysetransport: Patienten können mit der Ret-tung zur Dialyse kommen oder mit einem Taxiunternehmen z.B. wird die Firma Raffling hauptsächlich für den Transport der Dialysepatienten herangezogen. Auch der Transport durch Angehörige ist möglich oder bei entsprechendem Allgemein-zustand kann der Patient Selbstfahrer sein.
- Organisation der Dialysetermine: Absprache mit der Stationsleitung, dass der Pa-tient einen chronischen Dialyseplatz erhält und Kontrolle ob er im Wochenplan der Dialysepatienten mit fixen Platz bereits vermerkt ist. Fragen ob der Patient Wün-sche hat bezüglich Dialysetage oder Zeiten. Die Dialysetage sind Mo-Mi-Fr mit je-weils 3 Schichten (07:00, 12:30 oder 17:30 Uhr) oder Di-Do-Sa mit zwei Schichten (07:00 oder 12:30 Uhr). Wünsche bezüglich eines Schichtwechsels werden bei der Stationsleitung vermerkt und sobald eine Möglichkeit zum Wechseln besteht um-gesetzt, um den Bedürfnissen des Patienten nachzukommen.
- Organisation einer Diätberatung: Bei Bedarf und auf ärztliche Anordnung. Eine Di-ätberatung ist auch möglich wenn es der Wunsch des Patienten ist. Der Patient sollte außerdem gefragt werden, ob er einen Angehörigen dabei haben möchte. Dies ist besonders relevant, wenn der Patient für die Zubereitung vom Essen nicht selbst verantwortlich ist, sondern beispielsweise von dem Ehepartner oder den Kindern bekocht wird.
- Patienteninformation: Was ist im Umgang mit dem Shunt oder Dialysekatheter zu beachten? Erklären der Stationsabläufe, Räumlichkeiten, Funktion vom Bett und TV Gerät. Aushändigen vom Informationsblatt für Dialysepatienten.

Erkennen von Problemen: Bei der Aufnahme von Patienten ins chronische Programm werden immer wieder einzelne Arbeitsschritte nicht durchgeführt, da sie vergessen wer-den oder es aus Zeitmanagementgründen nicht möglich war.

Wird die Bestimmung der HIV oder Hepatitis Parameter nicht durchgeführt und der Patient erst zu einem viel späteren Zeitpunkt als infektiös erkannt, hat in dieser Zeit eine poten-tielle Gefährdung für andere Patienten, sowie Personal stattgefunden. Ein weiteres Prob-lem stellt ein unsachgemäßes Handling mit dem Dialysezugang dar, bedingt durch man-gelnde Patientenaufklärung (Anmerkung der Verfasserin).

Erkennen von Ressourcen: Eine wichtige Ressource ist der Wunsch vom Dialyseteam nach einer Checkliste, die eine erhöhte Transparenz der Pflegedokumentation bietet.

Außerdem ist die hohe Kompetenz und Empathie vom Pflegepersonal der Dialyse erwähnenswert. Die Compliance der Dialysepatienten soll durch ausreichende Informationen über Dialysezugang, Behandlung und Stationsabläufe gefördert werden.

Festlegung der Ziele: Ordnungsgemäße Durchführung aller Arbeitsschritte! Ausreichend informierte Dialysepatienten!

Planung der Maßnahmen: Erstellen einer gut strukturierten Checkliste. Auf den ersten Blick soll ersichtlich sein, wann und von wem welcher Arbeitsschritt durchgeführt wurde. Vorstellbar ist eine tabellarische Auflistung der Arbeitsschritte, in der jeweils in der Nebenspalte das Datum der Durchführung und das Kürzel des Mitarbeiters dokumentiert sind. Unter „Bemerkungen“ erhalten die Mitarbeiter die Möglichkeit Besonderheiten zu dokumentieren.

In der Kopfzeile der Checkliste befindet sich das Logo vom Klinikum Klagenfurt. Danach folgt die Überschrift „Checkliste: Aufnahme von chronischen Dialysepatienten“. Darunter muss ausreichen Raum sein für die Anbringung vom Klebeetikett des Patienten. (Anmerkung der Verfasserin).

### **7.1.2 Information von Patienten und Angehörigen**

Mit Hilfe dem ersten Schritt der Informationssammlung, wird nachfolgend der IST Zustand analysiert.

Informationssammlung:

- Patienten benötigen für die Durchführung der Dialyse einen Zugang zum Gefäßsystem (Shunt/Permanente Katheter/ZVK).
- Die Information der Patienten, wie sie sich zu Hause verhalten sollen, erfolgt derzeit mündlich durch den Arzt, sowie der zuständigen Pflegefachkraft.

Nach Abschluss der Informationssammlung erfolgt das Erkennen und Benennen der Defizite und der vorhandenen Ressourcen.

Erkennen von Problemen und Ressourcen:

Patienten sowie Angehörige haben vor allem in der Anfangsphase der Dialyse mit Sorgen und Ungewissheit zu kämpfen. Auch das Umfeld „Krankenhaus“, Einschränkungen wie erhöhtes Lebensalter oder Schwerhörigkeit tragen wesentlich dazu bei, die Aufnahmefähigkeit und das Verständnis des Patienten zu beeinträchtigen.

Eine wichtige Ressource ist, dass Patienten ein dringendes Bedürfnis nach ausreichender Information haben. Mündliche Informationsweitergabe ist zumeist nicht ausreichend. Patienten benötigen ein Informationsblatt, wo sie zu Hause jederzeit nachlesen können. Durch das Festlegen der Ziele können anschließend die Pflegemaßnahmen klar definiert werden.

Festlegung der Ziele: Patienten und Angehörige wissen was sie daheim beachten müssen, nehmen Veränderungen wie z.B. Infektionszeichen bewusst wahr und können adäquat reagieren. Der Patient soll sich durch ausreichende Informationen sicher fühlen!

Planung der Maßnahmen: Erstellen eines Informationsblattes für den jeweiligen Dialysezugang, sowie Informationen über die Dialyse selbst (Anmerkung der Verfasserin).

## **7.2 Die Durchführung**

Jeder Patient bekommt ein Informationsblatt ausgehändigt. Die erforderlichen Informationen sollen die Dialysepatienten so bald als möglich erhalten. Patienten, die operativ einen Shunt erhalten haben, bekommen das Informationsblatt in den darauffolgenden Tagen. Somit können sie sich schon darauf vorbereiten, was sie daheim beachten müssen. Patienten mit einem Dialysekatheter können ebenso kurz nach der Katheteranlage das Informationsblatt erhalten. Dialysepatienten müssen über ihren Dialysezugang aufgeklärt sein, sobald dieser angelegt wurde.

Bei jeder Aufnahme von neuen Patienten in das chronische Programm wird die Checkliste vom verantwortlichen Mitarbeiter verwendet (Anmerkung der Verfasserin).

## **7.3 Evaluation und Handeln**

Nachdem die Checkliste 3 Monate verwendet wurde, muss die erste Evaluation stattfinden. Vorstellbar ist es, dass das Team mit Hilfe eines Fragebogens eine Bewertung abgibt. Die Mitarbeiter können hierbei zum Ausdruck bringen, wie zufrieden sie mit dem neuen Arbeitsprozess sind. Eventuell kristallisieren sich bestimmte Tätigkeiten als überflüssig heraus oder es fehlen gar bestimmte wichtige Maßnahmen. Die Checkliste kann auch im Rahmen einer Stationsbesprechung evaluiert werden. Der Vorteil hierbei wäre, dass das gesamte Team gleichzeitig anwesend ist und sich untereinander austauschen

kann. Durch neue Ideen oder auch Kritik kann die Checkliste entsprechend optimiert und adaptiert werden und somit beginnt der Zyklus wiederum bei Phase 1, der Planung. Es ist aber auch möglich, dass keine Veränderungen notwendig sind und die Checkliste als Standard freigegeben wird. Dennoch ist eine regelmäßige Evaluation erforderlich (Anmerkung der Verfasserin).

Nach 3 Monaten muss auch das neu eingeführte Informationsblatt bewertet werden. Diese Evaluation kann entweder durch Fragebögen erfolgen oder im Rahmen einer Pflegevisite, in der alle Patienten befragt werden, wie gut aufgeklärt sie sich fühlen. Manche Patienten haben vielleicht wertvolle Tipps wo noch Mankos in der Aufklärung bestehen, diese sollten berücksichtigt werden. Ein Fragebogen hätte den Vorteil, dass das Ausfüllen auf anonymen Basis erfolgen und somit ungehindert Kritik ausgeübt werden kann. Wie auch bei der Checkliste wird dann das Informationsblatt als Standard freigegeben oder durch Verbesserungsvorschläge adaptiert und der Zyklus beginnt wieder bei der Planungsphase.

Wichtig ist bei jeder Evaluation zu hinterfragen, ob die definierten Ziele erreicht wurden und was man stetig verbessern kann, um auch in Zukunft die Erreichbarkeit der Ziele zu gewährleisten (orientiert nach den Bedürfnissen des Patienten und der Pflegekräfte der Dialyse). Beim Einführen dieser zwei neuen Arbeitsprozesse ist es vorstellbar, dass vor allem in der Anfangsphase öfter eine Evaluation stattfindet und dieser Zeitraum dann langsam verlängert wird. Mindestens zweimal jährlich ist ein Check durchzuführen, bei der alle Patienten und Mitarbeiter mit einbezogen werden (Anmerkung der Verfasserin).

## **8 INFORMATIOSBLATT FÜR HÄMODIALYSEPATIENTEN**

Die nachfolgenden Informationen sind aufbauend auf Kapitel 2 (Hämodialyse und Gefäßzugänge) und sind als Originalentwurf für ein Informationsblatt angelegt, so wie es auf der Dialysestation eingesetzt werden könnte (Anmerkung der Verfasserin).

## **Sehr geehrter Dialysepatient!**

Die Hämodialyse ist ein Blutreinigungsverfahren, das in einem Kreislauf außerhalb des Körpers stattfindet. Das Blut gelangt durch einen Filter und wird von einer „Waschlösung“ (Dialysat) umspült. Ziel ist die Entfernung von Schlackenstoffe, Giften und überschüssiger Flüssigkeit. Um eine Hämodialyse durchführen zu können wird ein Gefäßzugang benötigt, also ein Shunt oder ein permanenter Katheter.

Der Shunt ist eine operativ geschaffene Verbindung zwischen einer Vene und einer Arterie, auch als AV-Fistel bezeichnet. Nach Shuntanlage weitet sich durch den erhöhten Blutfluss der Gefäßdurchmesser aus und ist in weiter Folge optimal für die Durchführung der Dialyse vorbereitet.

Der permanente Katheter ist ein dauerhafter zentraler Venenkatheter. Im Vergleich zum Shunt stellen Dialysekatheter ein höheres Entzündungsrisiko dar. Um dieses Risiko zu reduzieren verläuft der Katheter einige cm untertunnelt unter der Haut und besitzt eine Muffe, die im Gewebe einwächst. Die Muffe dient zur Fixierung vom Katheter und zum Schutz vor Keimen.

## **Was müssen sie beim Umgang mit dem Shunt beachten?**

- ✓ Sorgsamer Umgang mit dem Shunt hat oberste Priorität!
- ✓ Der Shunt muss durch Tasten mehrmals täglich kontrolliert werden, ob er noch durchgängig ist für Blut. Ein leichtes Pulsieren ist hierbei spürbar. Fehlen diese Zeichen ist unmittelbare Kontaktaufnahme mit der Dialyse oder der Gefäßchirurgie erforderlich. Hierbei kann es sich um einen Shuntverschluss handeln!
- ✓ Achten sie darauf, dass keine Kleidungsstücke/Armreifen/Uhren den Shunt beengern!
- ✓ Blutabnahmen, Injektionen, sowie Blutdruckmessungen dürfen am betroffenen Arm nicht durchgeführt werden!
- ✓ Setzen sie den Shunt keinem Verletzungsrisiko aus! Unterlassen sie potenziell gefährliche Tätigkeiten oder schweres Heben!
- ✓ Wegen der Möglichkeit einer Nachblutung ist es ratsam saubere Tücher immer griffbereit zu haben. Ist dies der Fall solange auf die blutende Stelle drücken, bis diese zum Stillstand kommt!
- ✓ Vor der Dialyse muss der Shunt mit Seifenwasser gereinigt werden!
- ✓ Tätigkeiten wie Baden, Schwimmen und Duschen sind an dialysefreien Tagen ratsam, um die Gefahr einer Infektion zu reduzieren!

- ✓ Der Shunt muss täglich auf Entzündungszeichen beobachtet werden, d.h. Rötung, Schwellung und Erwärmung der Haut ist unbedingt ernst zu nehmen. Die häufigen Shuntpunktionen können die Entstehung einer Entzündung begünstigen, hervorgerufen durch eingeschwemmte Keime!
- ✓ Der Shunt darf vor der Dialyse nicht eingecremt werden, da ansonsten die Pflaster zur Kanülenfixierung nicht halten. Empfehlenswert ist zwischen den Dialysetagen das versorgen der Punktionsstellen mit einer Wundsalbe, da so die Wundheilung gefördert wird und die Haut geschmeidig bleibt!
- ✓ Den Shunt bitte sauber halten. Grobe Verschmutzungen meiden!
- ✓ Vorsicht bei direkter Sonneneinstrahlung um Hautschäden durch einen Sonnenbrand zu vermeiden!
- ✓ Shunttraining: Damit die Venen sich weiten und nachfolgend optimal für den Blutfluss vorbereitet werden, der für die Dialyse benötigt wird, ist die regelmäßige Durchführung von einem Venentraining von Vorteil. Sie erhalten einen faustgroßen Softball der mehrmals am Tag für ca. 10 Minuten in kurzen Abständen fest zusammengedrückt werden muss.

Im günstigsten Fall haben sie bereits mehrere Wochen vor der operativen Shuntanlage damit begonnen und führen diese Übungen nach abgeschlossener Wundheilung bis zur ersten Shuntpunktion durch. Der positive Nebeneffekt vom Shunttraining ist, dass ihr Bewusstsein für ihre Lebensader gefördert wird!

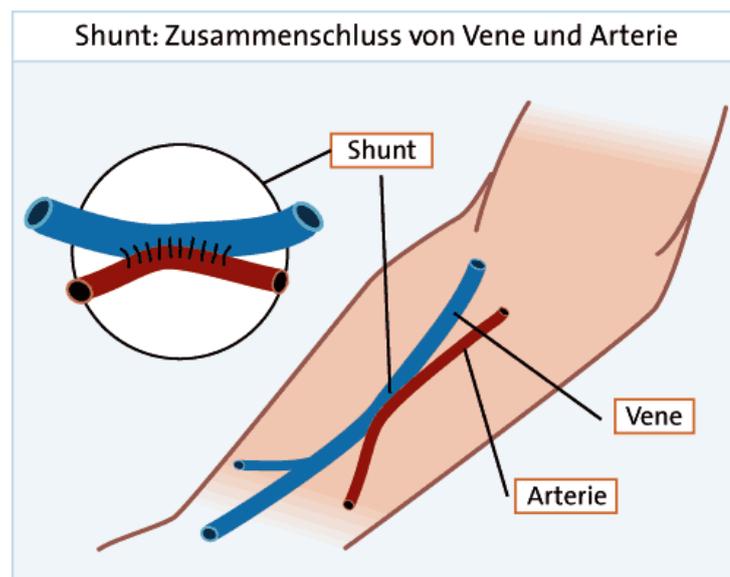


Abbildung 3: Shunt ([www.phv-dialyse.de](http://www.phv-dialyse.de))

## Was müssen sie beim Umgang mit dem Dialysekatheter beachten?

Aufgrund des hohen Infektionsrisikos hat Hygiene daheim als auch im Krankenhaus große Bedeutung!

- ✓ Der Verband darf im Rahmen der Körperpflege nicht nass werden!
- ✓ Im Falle von Schmerzen, Rötungen oder lokaler Erwärmung im Katheterbereich, Körpertemperatur über 38 Grad Celsius, Flüssigkeits- oder Blutaustritt aus dem Verband ist es erforderlich Kontakt mit der Dialyseinstitution aufzunehmen!
- ✓ Der permanente Katheter muss für die Dialysebehandlung leicht zugänglich sein, deshalb ist das Tragen von Bekleidung mit weitem Ausschnitt oder Hemden empfehlenswert!
- ✓ Achten sie darauf, dass keine mechanische Reibung durch Kleidungsstücke stattfindet!
- ✓ Vorsicht beim Bekleiden, damit keine Reizung oder Zug auf den Katheter stattfindet!

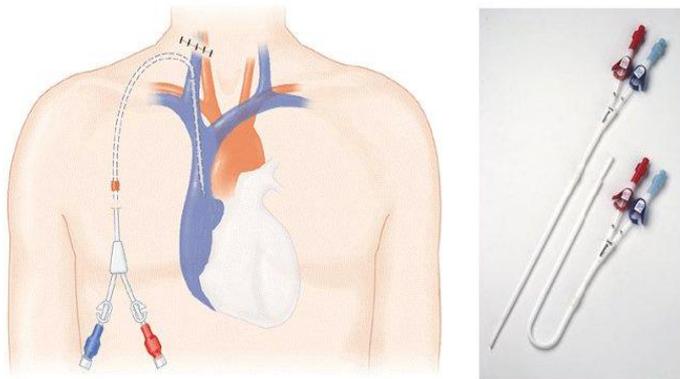


Abbildung 4: Dialysekatheter ([www. chartingandassessment.com](http://www.chartingandassessment.com))

## **9 CHECKLISTE ZUR AUFNAHME VON PATIENTEN**

In der nachfolgenden Checkliste werden all jene Informationen verarbeitet, die mit Hilfe vom PDCA Zyklus beschrieben werden.

## Checkliste: Aufnahme von chronischen Dialysepatienten

Patient xy

Maßnahmen	Datum	HZ	Bemerkungen
Patient fotografieren und Foto im Orbis Einspielen durch die Stationsleitung			
Anlegen der Patientenmappe (Dialyse- überwachungsblatt, ärztliches Anor- dungsblatt und Dekurs)			
Patient im ORBIS aufnehmen (Button: Neuer ambulanter Fall) und Überprüfung der Daten			
Aufnahmezahl und Datum der 1. HD in der Patientenstandliste dokumentieren			
Anlegen der Pflegeanamnese			
Bestimmung von Hep. u. HIV Parameter			
Bestimmung der Blutgruppe und Einscannen vom Befund (Leitstelle 2)			
Aktuelles Monatslabor laut AO			
Diätberatung			
Organisation der Dialysetermine			
Transportorganisation			
Informationsblatt Dialyse aushändigen			
Ball zum Shunttraining (bei Bedarf)			
Patienteninformation: Räumlichkeiten, Ablauf der Dialyse, Funktion der Waage, TV, Umkleide, Bettfunktion, Visitenkarte.			

## 10 ZUSAMMENFASSEND E DARSTELLUNG

Das Thema Qualität im Gesundheitswesen ist sehr komplex und es ist auf unzählige viele Faktoren Rücksicht zu nehmen, um einen Patienten bestmöglich zu versorgen. Tatsache ist, dass auch wenn es oft nicht möglich ist, alle Anforderungen zu erfüllen (beispielsweise wegen mangelhafter Zeitressourcen) der Patient immer im Mittelpunkt stehen muss und eine bestmögliche Versorgung oberste Priorität hat. Außerdem ist zu berücksichtigen, dass Qualitätssicherung nicht stehen bleiben darf, sondern sich stetig an die Veränderungen der Ansprüche der Patienten anpassen muss.

Durch die beiden Dokumente, die mit Hilfe vom PDCA Zyklus für die Dialyse entworfen wurden, ist eine wichtige qualitätssichernde Maßnahme erfüllt worden. Eine Vision für die Zukunft wäre, dass diese zwei Entwürfe zu einem fixen Bestandteil der Pflegedokumentation auf der Dialysestation werden. Auch das Erstellen von einem Dialyseausweis zur Patientenidentifikation, welches im Kapitel der Patientensicherheitsziele ausführlich erläutert wurde, wäre in Zukunft sinnvoll! Da die Umsetzung dieser Maßnahmen in den Kompetenzbereich der Stationsleitung, sowie den leitenden Oberarzt der Dialyse fallen, ist es notwendig, diese mit einzubeziehen. Die Abschlussarbeit soll einen Denkanstoß liefern, dass es notwendig ist unser bisheriges Dokumentationssystem um diese erarbeiteten Entwürfe zu erweitern.

Es gibt auch noch andere Dokumente von der die Dialysestation profitieren würde. Ein Shuntprotokoll ist hierbei erwähnenswert. Vorstellbar ist es, dass von jedem Patienten der Verlauf vom Shunt grafisch eingezeichnet wird und Besonderheiten darauf vermerkt werden wie z.B. ob das Gefäß eher oberflächlich oder in der Tiefe liegt. Vor allem neue Mitarbeiter der Dialyse würden davon profitieren und Punktionsprobleme könnten vermehrt vermieden werden. Im Shuntprotokoll sollten alle bereits erfolgten chirurgischen Interventionen vermerkt werden wie z.B. Aufdehnung von Stenosen oder Entfernen von Thromben.

Auch das Einführen eines Fußprotokolls ist denkbar, welches bereits zahlreiche andere Dialyseeinrichtungen besitzen. Im Rahmen der Pflegevisite kann hiermit wöchentlich eine Inspektion der Füße durchgeführt und dokumentiert werden. Ziel ist es, Hautdefekte, die vor allem bei den zahlreichen Diabetikern unter den Dialysepatienten eintreten, frühzeitig zu erkennen und eine adäquate Wundtherapie zu beginnen.

Um auf die Beantwortung der Forschungsfrage der Abschlussarbeit nochmals gezielt einzugehen ist zu erwähnen, dass zahlreiche Instrumente der Qualitätssicherung zu berücksichtigen sind, um einen Patienten bestmöglich zu versorgen. Zu diesen Instrumenten zählen die gesetzlichen Bestimmungen, die Kundenorientierung, die Pflegedokumentation, das Berücksichtigen der Patientensicherheitsziele, das Arbeiten mit Hilfe vom PDCA

Zyklus, etc. Wenn man es schafft diese Qualitätssicherungsinstrumente in die Praxis erfolgreich umzusetzen, kann ein großer Schritt in Richtung bestmöglicher Patientenversorgung getätigt werden.

Abschließend ist zu erwähnen, dass man in der Menge der qualitätssichernden Maßnahmen niemals vergessen darf, den Menschen im Mittelpunkt zu sehen und ihn in seiner Gesamtheit zu beurteilen (Anmerkung der Verfasserin).

## 11 LITERATURVERZEICHNIS

Andreas, Felix/Rainer, Gottwald: Rechtsgrundlagen für Gesundheitsberufe. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien 2008.

Brech, Gerd: Fachpflege für Nephrologie und Dialyse. 4. Auflage. Urban & Fischer Verlag, München 2008.

Hepp, Wolfgang/Koch, Michael/Konner, Klaus: Dialyseshunt – Grundlagen, Chirurgie, Komplikationen. 2. Auflage. Steinkopff Verlag, Heidelberg 2009.

Höfert, Rolf: Von Fall zu Fall-Pflege im Recht: Rechtsfragen in der Pflege von A-Z, 3. Auflage. Springer Verlag GmbH, Berlin/Heidelberg/New York 2011.

Katschnig, Helmut/Katschnig, Barbara: Den Jahren Leben geben: Erfülltes Leben mit Dialyse, 1. Auflage. Verlagshaus der Ärzte GmbH, Wien 2008.

Lauber, Annette: Grundlagen beruflicher Pflege. 3. Auflage. Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart 2012.

Leoni-Scheiber, Claudia: Der angewandte Pflegeprozess. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien 2004.

Menche, Nicole/Bazlen, Ulrike/Kommerell, Tilman: Pflege heute. 2. Auflage. Urban & Fischer Verlag, München 2001.

Messer, Barbara: Tägliche Pflegeplanung in der ambulanten Pflege: Beispiele und Lösungen. Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Hannover 2003.

Schmidt, Simone: Das QM- Handbuch: Qualitätsmanagement für die ambulante Pflege. Springer Medizin Verlag, Heidelberg 2005.

Steinbach, Herlinde: Gesundheitsförderung: Ein Lehrbuch für die Pflege- und Gesundheitsberufe. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien 2004.

Weiss-Faßbinder, Susanne/Lust, Alexandra: GuKG. 5. aktualisierte und überarbeitete Auflage. Manz'sche Verlags- u. Universitätsbuchhandlung GmbH, Wien 2006.

## **Internetquellen:**

Die gemeinnützige Stiftung PHV (Patienten-Heimversorgung):

<http://www.phv->

[dialyse.de/nierenersatztherapie/dialyseverfahren/haemodialyse/#jfmulticontent\\_c352-1](http://www.phv-dialyse.de/nierenersatztherapie/dialyseverfahren/haemodialyse/#jfmulticontent_c352-1)

(15.11.2014, 00:28)

Fachverband nephrologischer Berufsgruppen:

<http://www.nephro->

[fachverband.de/fileadmin/user\\_upload/buecher/GHEAP/Dialysekatheter-](http://www.nephro-fachverband.de/fileadmin/user_upload/buecher/GHEAP/Dialysekatheter-)

[Informationenblatt.pdf](http://www.nephro-fachverband.de/fileadmin/user_upload/buecher/GHEAP/Dialysekatheter-Informationenblatt.pdf) (26.11.2014, 15:18 Uhr)

Seitenverantwortliche:

<http://www.talessin.de/scripte/gm/pdca.html> (26.10.2014, 22:24 Uhr)

Seitenverantwortliche:

<http://www.chartingandassessment.com/CCRN/kidney/KIDNA86.HTM> (07.11.2014, 17:33)

Verein „Dialysepatienten und Transplantierte Chemnitz e.V.“:

<http://www.igdchemnitz.de/?Notfall-Ausweise> (06.11.2014, 19:12 Uhr)