

**SPEZIELLE ZUSATZAUSBILDUNG IN DER
INTENSIVPFLEGE**

19. März 2012 bis 14. September 2012

ABSCHLUSSARBEIT

zum Thema

**Praxisanleitung für SchülerInnen
im Allgemein Öffentlichen
Krankenhaus des Deutschen Ordens
Friesach GmbH**

vorgelegt von: Angelika Scherzer
 DOKH Friesach
 Intensivstation

begutachtet von: Christine Radif
 akademisch geprüfte Lehrerin für
 Gesundheits- und Krankenpflege
 Schule für Gesundheits- und Krankenpflege

Klagenfurt

Juli 2012

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.

Scherzer Angelika

Treibach-Althofen, Juli 2012

KURZZUSAMMENFASSUNG

Diese Abschlussarbeit beschäftigt sich mit der Praxisanleitung für SchülerInnen der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege im A. Ö. Krankenhaus des Deutschen Ordens Friesach GmbH. Die Arbeit gliedert sich in zwei Teile.

Im theoretischen Teil werden die gesetzlichen Grundlagen für die DGKS sowie die Praxisanleitung aufgeführt. Zudem wird auf das Thema Intensivstation sowie der möglichen Notfallsituation „Akute Respiratorische Insuffizienz“ durch ARDS eingegangen. Durch die Verschlechterung dieser Erkrankung kommt es zu einer Intubation. Dieses Kapitel wird für SchülerInnen der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege genauestens behandelt. Aufgrund dessen entstehen spezielle pflegerische Maßnahmen die für die Praxisanleitung und den SchülerInnen von großer Bedeutung sind.

Der zweite Teil der Arbeit befasst sich mit den Ergebnissen der durchgeführten Fragebogenstudie, in der es um die Erwartungen bzw. Erfahrungen hinsichtlich des Praktikums auf einer IBST geht.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abs.	Absatz
ARDS	Akut Respiratory distress syndrome
ATL	Aktivitäten des täglichen Lebens
A.Ö.	Allgemein Öffentlichen
DGKS	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger
DOKH	Deutsch Ordens Krankenhaus
EKG	Elektrokardiogramm
ELVWI	Extravaskulärer Lungenwasserindex
FiO ₂	Sauerstoffkonzentration
ggf.	gegebenenfalls
IBST	Intensiv-Beatmungsstation
LKH	Landeskrankenhaus
mbar	Milibar
ml	Milliliter
mmHg	Maßeinheit Milliliter Quecksilbersäule
NaCl	isotonische Kochsalzlösung
Pao ₂	Partialdruck des gelösten Sauerstoff im Plasma
PEEP	Positive end – expiratory pressure
PICCO	Pulse Contour Cardiac Output
%	Prozent
§	Paragraph
°	Grad

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Endotracheale Intubation.....	24
--	----

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Assistenz bei Intubation durch DGKS	26
Tabelle 2: Herausfordernde Situationen für SchülerInnen während eines Praktikums auf einer Intensivstation.....	34
Tabelle 3: Wünsche über selbstständige Tätigkeiten von SchülerInnen auf einer Intensivstation	35
Tabelle 4: Veränderungen der Vitalwerte, welche von SchülerInnen erkannt würden.....	36

INHALTSVERZEICHNIS

0 VORWORT	8
1 EINLEITUNG	10
2 GESETZLICHE GRUNDLAGEN	11
2.1 Praktische Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits-und Krankenpflege	11
2.2 Tätigkeitsbereiche der DGKS	12
2.2.1 Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich.....	12
2.2.2 Mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich	13
2.2.3 Interdisziplinärer Tätigkeitsbereich.....	15
2.3 Sonderausbildung in der Intensiv-, Anästhesiepflege und in der Pflege bei Nierenersatztherapie	15
3 DIE PRAXISANLEITUNG	17
3.1 Definitionen	17
3.2 Aufgaben und Ziele	17
4 DIE INTENSIVSTATION	19
4.1 Definition	19
4.2 Arten von Intensivstationen	19
4.2.1 Gemischte Intensivstation	19
4.2.2 Fachspezifische Intensivstation	20
4.2.3 Organ- bzw. erkrankungsspezifische Intensivstationen	20
4.2.4 Postoperative Einheiten	20
5 DER NOTFALL	21
5.1 Definition	21
5.2 Symptome	21
5.3 Notfallsituationen/Krankheitsbilder im A. Ö. Krankenhaus des Deutschen Ordens Friesach GmbH/IBST	22
5.4 Akute Respiratorische Insuffizienz durch ARDS	22
5.4.1 Ursachen des ARDS	22
5.4.2 Klinisches Bild und Diagnose der ARDS	23
5.4.3 Behandlung von ARDS	23

6 DEFINITION DER INTUBATION.....	24
6.1 Prinzip der Intubation durch den Arzt	24
6.2 Vorbereitung der Intubation der DGKS	25
6.3 Durchführung der Intubation (DGKS)	26
7 PFLEGE VON BEATMETEN PATIENTINNEN	27
7.1 Spezielle Mundpflege bei beatmeten PatientInnen	27
7.2 Das endotracheale Absaugen.....	28
8 FRAGEBOGENERHEBUNG.....	30
8.1 Allgemeines	31
8.2 Arbeitsablauf.....	32
8.3 PatientInnenarbeit.....	33
8.4 Ausblick	37
9 ZUSAMMENFASSENDER DARSTELLUNG	38
10 LITERATURVERZEICHNIS	40
11 INTERNETQUELLEN.....	41
ANHANG 1 – FRAGEBOGEN A	
ANHANG 2 – FRAGEBOGEN B	

0 VORWORT

Ich absolvierte die Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenschwester in Klagenfurt und habe im Jahr 2002 diplomiert. Seitdem bin ich auf der Intensivstation tätig. Nach meiner dortigen Einarbeitungsphase bzw. Einschulungsphase, wurde ich selbst zur Einschulung von neuen Mitarbeitern und SchülerInnen herangezogen.

Anfangs stand ich dem Thema „Einschulung von neuen Mitarbeitern/SchülerInnen“ skeptisch gegenüber. Ich war selbst „neu“ und dann gleich eine Zusatzaufgabe? Mir gingen viele Fragen durch den Kopf: „Warum ich, schaff ich das, gleich am Anfang meiner Laufbahn eine Zusatzaufgabe?“

Meine Kollegen brachten mir sehr viel Vertrauen entgegen und bestätigten mir, ich wäre geeignet für diese Aufgabe. Die Unterstützung und das Vertrauen meiner Kollegen, haben mich bestärkt und motiviert, so übernahm ich diese Aufgabe.

Als ich noch Schülerin war und meine Praktika an den verschiedenen Stationen leistete, wurde ich stets von angelernten und kompetenten DGKS angeleitet. Ich wurde in alle Tätigkeiten und in das Team voll miteinbezogen und integriert. Ich war sehr positiv überrascht, dass ich in meiner ganzen Ausbildung an „Schwestern“ gekommen bin, die mir ihr Wissen und ihre Praxiserfahrung gerne weiter gegeben haben.

Das weckte in mir den Wunsch, dass meine zukünftigen SchülerInnen sich auch gut aufgehoben fühlen sollen. SchülerInnen sollten nicht als Last empfunden werden. Man sollte ihnen jederzeit mit Rat und Tat zur Seite stehen, dann haben sie auch Spaß zu lernen. Darüber hinaus ist es wichtig, sich an die gesetzlichen Grundlagen jedes Ausbildungsjahres zu orientieren. SchülerInnen sind nicht für Hol- und Bringdienste einzusetzen, sondern sollten ihre Praktikumszeit nützen können, ihr theoretisches Wissen zu erweitern und somit ihre Lernziele zu erreichen.

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Personen, die mich bei meiner Abschlussarbeit unterstützt haben, herzlich bedanken.

Mein persönlicher Dank gilt Frau Christine Radif, die mich während all der Zeit betreut und mir viel Mut zugesprochen hat.

Mein Dank gilt auch der Schule für Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege des Landes Steiermark am LKH Stolzalpe. Hier insbesondere Fr. Mag. Dr. Christine Zischmeier-Lux, Fr. Andrea Leitner-Fidler sowie den SchülerInnen der Klassen im letzten Ausbildungsjahr.

Bedanken möchte ich mich auch bei meiner Station – Intensivstation des A. Ö. Krankenhaus des Deutschen Ordens Friesach GmbH – für den Ausgleich der während meiner Abwesenheit entstandenen Arbeitsstunden, sowie auch bei meiner Pflegedienstleitung Edith Juritsch, die mich in jeder Situation unterstützt hat.

Mein besonderer Dank gilt meinem Mann Jürgen Scherzer, der mir den Rücken freigehalten und mich in allen Beziehungen unterstützt hat.

Zuletzt möchte ich mich bei meinen Freundinnen Birgit, Ina und Isabella bedanken, die mich in allen Bereichen meiner Abschlussarbeit, vor allem aber bei den Fragebögen, begleitet und motiviert haben.

1 EINLEITUNG

Die vorliegende Abschlussarbeit und das darin behandelte Thema ist für die Intensivstation im A. Ö. Krankenhaus des Deutschen Ordens Friesach GmbH wichtig, da aktuell Umstrukturierungen im Bereich der SchülerInnen der Gesundheits- und Krankenpflege vorgenommen werden. Die Pflegedienstleitung, Fr. Edith Juritsch, richtet für jede Station zwei bis drei DGKS ein, die kontinuierlich dafür zuständig sind, SchülerInnen anzuleiten. Auch der Dienstplan wird fortan so gestaltet, dass die PraktikantInnen mit einer der jeweils drei ausgewählten Schwestern gemeinsam Dienst haben. Hierdurch kann für die PraktikantInnen eine Kontinuität gewährleistet werden, wodurch sie ihre Lernziele besser erreichen können. Das ist auch das Ziel des LKH Stolzalpe, welches ihren Auszubildenden eine optimale Ausbildung ermöglichen möchte.

Daraus ergibt sich die folgende Forschungsfrage:

„Wie sinnvoll ist es für SchülerInnen eine fixe Praxisanleitung während eines Praktikums auf einer Intensivstation zu haben?“

Dazu wurden mittels Fragebögen die Erwartungen von angehenden PraktikantInnen, bzw. die Erfahrungen von jenen, die das Praktikum bereits absolviert haben, erhoben.

Im Bereich Allgemeines wurden unter anderem Fragen nach den Erwartungen/Erfahrungen sowie dem Wunsch nach einer permanenten Ansprechperson nachgegangen. In der Kategorie „Arbeitsablauf“ wurde nach der Integration im Team sowie dem Dienstplan gefragt. Der Bereich PatientInnenarbeit umfasste Fragen zu den erwarteten Krankheitsbildern auf einer Intensivstation, dem Erkennen von Veränderungen der Vitalwerte, Berührungängsten gegenüber beatmeten PatientInnen sowie herausfordernden Situationen. Des Weiteren wurden Wünsche bzw. Erfahrungen im Bereich der pflegerischen Tätigkeiten, des eigenverantwortlichen Arbeitens unter Begleitung einer DGKS sowie dem Mitwirken in Akutsituationen erhoben. Zudem wurden jene SchülerInnen, die bereits ein Praktikum absolviert hatten, nach der Möglichkeit des Einbringens von Veränderungsvorschlägen befragt. Im Ausblick wurden Wünsche bzw. Anregungen für die Praktikumsarbeit auf einer IBST erfragt.

Zudem wurde erhoben, inwiefern jene SchülerInnen, welche das Praktikum bereits absolviert haben, einem erneuten Praktikum auf einer IBST zustimmen würden bzw. nach Beendigung der Ausbildung eine Anstellung annehmen würden.

2 GESETZLICHE GRUNDLAGEN

Die vorliegende Abschlussarbeit beschäftigt sich unter anderem mit den Tätigkeitsbereichen von SchülerInnen auf einer IBST unter Anleitung einer DGKS. Um diese genau eingrenzen zu können, wird im folgenden Kapitel auf die gesetzlichen Rahmenbedingungen eingegangen.

2.1 Praktische Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege

Um die Ausbildungsziele von SchülerInnen der Gesundheits- und Krankenpflegeschule zu verdeutlichen, sowie die diesbezüglichen gesetzlichen Grundlagen genau zu erläutern, werden in diesem Kapitel die entsprechenden Gesetzesauszüge angeführt.

„§43. (1) Die praktische Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege ist an

1. Einschlägigen Fachabteilungen oder Organisationseinheiten einer Krankenanstalt,
2. Einrichtungen, die der stationären Betreuung pflegebedürftiger Menschen dienen, und
3. Einrichtungen in der Hauskrankenpflege, andere Gesundheitsdienste oder soziale Dienste anbieten, durchzuführen, welche die zur praktischen Unterweisung notwendigen Voraussetzungen erfüllen, mit den für die Erreichung des Ausbildungszieles erforderlichen Lehr- und Fachkräften sowie Lehrmitteln ausgestattet sind und entsprechende Räumlichkeiten für die auszubildende Person aufweisen.

§43. (2) Im Rahmen der praktischen Ausbildung sind Schüler berechtigt,

1. Tätigkeiten des eigenverantwortlichen und interdisziplinären Tätigkeitsbereiches unter Anleitung und Aufsicht der Lehr- und Fachkräfte sowie
2. Tätigkeiten des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereiches nach Anordnung und unter Anleitung und Aufsicht eines Arztes oder nach Maßgabe des § 15 Abs.6 Z 2 eines Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege durchzuführen.

§43(3) Die praktische Unterweisung der Schüler am Krankenbett und im Operationssaal darf erst nach Vollendung des 17. Lebensjahrs erfolgen.

§43(4) Schüler dürfen zu Tätigkeiten in Strahlenbereichen erst nach Vollendung des 18. Lebensjahr herangezogen werden.

§43(5) Die Ausbildungszeit darf die jeweils gültige gesetzliche Arbeitszeit (Tages – und Wochenarbeitszeit) nicht überschreiten“ (Weiss-Faßbinder & Lust, 2010, § 43).

2.2 Tätigkeitsbereiche der DGKS

Die vorliegende Arbeit ist für SchülerInnen während der Ausbildung zur DGKS konzipiert. Bereits in der ersten Klasse lernen die SchülerInnen die verschiedenen Tätigkeitsbereiche einer DGKS kennen. Um die Komplexität und hohen Anforderungen an die Berufsgruppe präsent zu machen, werden untenstehend die Tätigkeitsbereiche beschrieben.

„§13. (1) Die Tätigkeitsbereiche des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfassen

1. eigenverantwortliche,
2. mitverantwortliche und
3. interdisziplinäre Tätigkeiten

Der Tätigkeitsbereich kann nach Absolvierung einer Sonderausbildung gemäß §§66 bis 72 oder einer speziellen Grundausbildung gemäß §§ 75 und 78 erweitert oder spezialisiert werden“ (Weiss-Faßbinder & Lust, 2010 , § 13 - § 15).

2.2.1 Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich

„§ 14. (1) Die Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfasst die eigenverantwortliche Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle aller pflegerischen Maßnahmen im intra- und extramuralen Bereich (Pflegeprozess), die Gesundheitsförderung und –beratung im Rahmen der Pflege.

(2) Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst insbesondere:

1. Erhebung der Pflegebedürfnisse und des Grades der Pflegetätigkeit des Patienten oder Klienten sowie Feststellung und Beurteilung der zur Deckung dieser Bedürfnisse zur Verfügung stehenden Ressourcen (Pflegeanamnese),
2. Feststellung der Pflegebedürfnisse (Pflegediagnosen)
3. Planung der Pflege, Festlegung von pflegerischen Zielen und Entscheidung über zu treffende pflegerische Maßnahmen (Pflegeplanung)
4. Durchführung der Pflegemaßnahmen
5. Auswertung der Resultate der Pflegemaßnahmen (Pflegeevaluation)
6. Informationen über Krankheitsvorbeugung und Anwendung von Gesundheitsfördernden Maßnahmen
7. psychosoziale Betreuung
8. Dokumentation des Pflegeprozesses
9. Organisation der Pflege,
10. Anleitung und Überwachung des Hilfspersonals sowie Anleitung, Unterweisung und begleitende Kontrolle von Personen gemäß §§3a bis 3c
11. Anleitung und Begleitung der Schüler im Rahmen der Ausbildung und
12. Mitwirkung an der Pflegeforschung“ (Weiss-Faßbinder & Lust, 2010, § 14).

2.2.2 Mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich

„§ 15 (1) Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung.

(2) Der anordnende Arzt trägt die Verantwortung für die Anordnung (Anordnungsverantwortung), der Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege trägt die Verantwortung für die Durchführung der angeordneten Tätigkeit (Durchführungsverantwortung)

(3) Im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich hat jede ärztliche Anordnung vor Durchführung der betreffenden Maßnahme schriftlich zu erfolgen. Die erfolgte Durchführung ist durch den Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege durch Unterschrift zu bestätigen.

(4) Die ärztliche Anordnung kann in medizinisch begründeten Ausnahmefällen mündlich erfolgen, sofern auch dabei die Eindeutigkeit und Zweifelsfreiheit sichergestellt sind. Eine Übermittlung der schriftlichen Anordnung per Telefax oder im Wege automationsunterstützter Datenübertragung ist zulässig, sofern die Dokumentation gewährleistet ist. Die schriftliche Dokumentation der ärztlichen Anordnung hat unverzüglich, längstens aber innerhalb von 24 Stunden zu erfolgen.

(5) der Mitverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst insbesondere:

1. Verabreichung von Arzneimitteln,
2. Vorbereitung und Verabreichung von subkutanen, intramuskulären und intravenösen Injektionen,
3. Vorbereitung und Anschluss von Infusionen bei liegenden Gefäßzugang, ausgenommen Transfusionen,
4. Blutentnahme aus der Vene und aus den Kapillaren,
5. Setzen von transurethralen Blasenkathedern zur Harnableitung, Instillation und Spülung,
6. Durchführung von Darmeinläufen und
7. Legen von Magensonden.

(6) Im Rahmen des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereiches sind Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege berechtigt, nach Maßgabe ärztlicher Anordnungen gemäß Abs. 1 bis 4 folgende Tätigkeiten weiter zu übertragen und die Aufsicht über deren Durchführung wahrzunehmen“ (Weiss-Faßbinder & Lust, 2010, § 15).

„... an Schüler einer Schule für Gesundheits- und Krankenpflege im Rahmen der praktischen Ausbildung Tätigkeiten des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereiches...

...(7) Im Rahmen des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs sind Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege berechtigt, nach Maßgabe ärztlicher Anordnungen gemäß Abs. 1 bis 4 folgende Tätigkeiten im Einzelfall an Personen gemäß §3b und §3c weiter zu übertragen:

1. Verabreichung von Arzneimitteln,
2. Anlegen von Bandagen und Verbänden
3. Verabreichung von Insulininjektionen und subkutanen Injektionen von blutgerinnungshemmenden Arzneimitteln,
4. Blutentnahme aus der Kapillare zur Bestimmung des Blutzuckerspiegels mittels Teststreifens,
5. Einfache Wärme- und Lichtenwendungen“ (Weiss-Faßbinder & Lust, 2010, § 15).

2.2.3 Interdisziplinärer Tätigkeitsbereich

„§16 (1) der Interdisziplinäre Tätigkeitsbereich umfasst jene Bereiche, die sowohl die Gesundheits- und Krankenpflege als auch andere Berufe des Gesundheitswesens betreffen.

(2) Im Interdisziplinären Tätigkeitsbereich haben Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege das Vorschlags- und Mitentscheidungsrecht. Sie tragen die Durchführungsverantwortung für alle von ihnen in diesen Bereichen gesetzten pflegerischen Maßnahmen.

(3) Der Interdisziplinäre Tätigkeitsbereich umfasst insbesondere:

1. Mitwirkung bei Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen sowie zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit,
2. Vorbereitung des Patienten oder pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen auf die Entlassung aus einer Krankenanstalt oder Einrichtung, die der Betreuung pflegebedürftiger Menschen dient, und Hilfestellung bei der Weiterbetreuung,
3. Gesundheitsberatung und
4. Beratung und Sorge für die Betreuung während und nach einer physischen oder psychischen Erkrankung“ (Weiss-Faßbinder & Lust, 2010, § 16).

2.3 Sonderausbildung in der Intensiv-, Anästhesiepflege und in der Pflege bei Nierenersatztherapie

In der Grundausbildung der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege werden spezielle Tätigkeiten einer DGKS nicht gelehrt. Um den SchülerInnen in dieser Arbeit ein Anreiz

und einen genaueren Überblick über die speziellen Tätigkeiten einer DGKS auf einer Intensivstation zu vermitteln, ist im folgenden Kapitel ein diesbezüglicher Gesetzesauszug angeführt.

„§68 (1) Die Sonderausbildungen in der

1. Intensivpflege,
2. Anästhesiepflege und
3. Pflege bei Nierenersatztherapie

umfassen eine gemeinsame Basisausbildung und eine darauf aufbauende spezielle Zusatzausbildung“ (Weiss-Faßbinder & Lust, 2010, § 68).

„...In der Basisausbildung können diejenigen Lehrinhalte, die für alle drei Bereiche gelten, vermittelt werden. Darüber hinaus fördert eine derartige interdisziplinäre Führung der Basisausbildung einen Erfahrungsaustausch zwischen diesen verwandten Fachdisziplinen und somit die interdisziplinäre Zusammenarbeit (RV).

Im Rahmen der Intensivpflege sind theoretische Kenntnisse und praktische Fertigkeiten in der Betreuung Schwerstkranker mit invasiven und nichtinvasiven Methoden erforderlich. Weiters sind Kenntnisse und Fertigkeiten in der Reanimation und Schocktherapie sowie über die spezielle Medikation (z.B. parenterale Ernährung, Katecholamine) und über die intensivmedizinischen Geräteausstattung (z.B. Beatmungsgeräte, invasives Monitoring) und deren Aufbereitung zu vermitteln (RV)...“ (Weiss-Faßbinder & Lust, 2010, § 68a).

3 DIE PRAXISANLEITUNG

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit der Praxisanleitung auf einer IBST für SchülerInnen der Gesundheits- und Krankenpflegeschule. Neben den Definitionen, werden unter anderem auf die Aufgaben, Tätigkeitsfelder sowie Ziele einer Praxisanleitung geklärt.

3.1 Definitionen

Auböck (2009) definiert die Praxisanleitung „als jene diplomierte Pflegeperson, die im Rahmen der pflegerischen Ausbildung Anleitungsfunktionen wahrnimmt. Der Praxisanleiter ist für die Ausbildung von SchülerInnen am Lernort Praxis verantwortlich und gilt als direkte Ansprechperson bzw. Kontaktperson zum Lernort Schule“ (S. 10).

3.2 Aufgaben und Ziele

„Aufgabe der Praxisanleitung ist es, die Schüler schrittweise an die eigenständige Wahrnehmung der beruflichen Aufgaben heranzuführen und die Verbindung mit der Schule zu gewährleisten“ (Mamerow, 2010, S. 10, zitiert nach KrPflAPrv, § 2, Abs. 2).

„Zu den berufspädagogischen Aufgaben der Praxisanleitung in der Pflege zählt natürlich die Vermittlung von Kenntnissen und Fertigkeiten. Aber auch auf die Förderung von Kompetenzen wie Selbstständigkeit, Eigenverantwortung und die Förderung der Persönlichkeitsentwicklung und der Berufserfahrung wird Wert gelegt“ (Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H., 2010).

Hierzu werden die SchülerInnen der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege auf der Intensivstation eingeführt. Dies umfasst, gemeinsam mit den SchülerInnen, Pflegesituationen durchzuführen und danach zu reflektieren, um somit eine Festigung des Gelernten herbeizuführen. Aufgrund der erbrachten Leistungen ist es der Praxisanleitung schließlich möglich, eine Praxisbewertung abzugeben (vgl. Mamerow, 2010, S. 11).

Zu den Aufgaben der Praxisanleitung zählt die permanente Betreuung und Begleitung von Auszubildenden auf einer Intensivstation. Am ersten Tag werden die SchülerInnen der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege mit der Intensivstation vertraut gemacht, wozu die Erklärung der Apparaturen eines Intensivplatzes gehört. Als nächstes wird mit den SchülerInnen der Dienstplan gestaltet. In der ersten Woche wird es den Auszubildenden ermöglicht die Räumlichkeiten genauer kennen zu lernen und sich „einzuleben“. Des Weiteren werden in dieser Zeit Ziele definiert, die die SchülerInnen erreichen möchten bzw. sollen. Nun dürfen sie unter Aufsicht der Praxisbegleitung mit der Arbeit an IntensivpatientInnen beginnen. In dieser Zeit werden von den SchülerInnen insbesondere postoperative PatientInnen betreut.

Nach dieser Phase ist es die Aufgabe der Praxisbegleitung, die SchülerInnen in die Arbeit mit intubierten PatientInnen zu unterweisen. Zu den Aufgaben der Praxisanleitung gehört zudem das Zwischengespräch, in dem unter anderem gemeinsam mit den SchülerInnen festgestellt wird, inwieweit die bisher gesetzten Ziele erreicht wurden. Zudem haben die SchülerInnen hier die Möglichkeit, Veränderungswünsche explizit kund zu tun (Anmerkung der Verfasserin).

4 DIE INTENSIVSTATION

Damit sich SchülerInnen der Gesundheits- und Krankenpflegeschule vorab über Intensivstationen informieren können, wird im Folgenden ein detaillierteres Bild von der Arbeit auf einer Intensivstation gegeben. Hierzu wird genauer auf die Definition sowie die Arten von Intensivstationen eingegangen.

4.1 Definition

Die Intensivstation ist eine Akutstation mit schwer erkrankten PatientInnen in einem lebensbedrohlichen Gesundheitszustand. Hier befinden sich PatientInnen mit schwerwiegenden Erkrankungen, wie beispielsweise Störungen des Säure-Basen-Haushaltes, Erkrankungen der Lunge oder des Herz-Kreislauf-Systems, wie auch PatientInnen, welche postoperativ überwacht werden. Im Gegensatz zu einer DGKS auf einer allgemeinen Bettenstation, zeichnet sich die Intensivstation durch eine spezielle Pflege aus.

Aufgrund der Schwere der Erkrankungen und der speziellen Pflegesituation in der frühen postoperativen Phase ist eine intensive Krankenbeobachtung und die Erfordernis, die Beobachtung zusätzlich mit Monitoren und weiteren apparativen Möglichkeiten zu unterstützen, vorhanden. Da ein Höchstmaß an Aufwand gegeben ist, bedeutet dies für das Pflege- und Ärzteteam eine besondere Herausforderung (vgl. Larsen, 1999, S. 665).

4.2 Arten von Intensivstationen

Unterschieden wird zwischen gemischten, fachspezifischen und organ- bzw. erkrankungsspezifischen Intensivstationen sowie Einheiten, die postoperative PatientInnen versorgen (vgl. Larsen, 1999, S. 665).

4.2.1 Gemischte Intensivstation

Sie wird auch interdisziplinäre Intensivstation genannt. Meist ist sie in Krankenhäusern, die maximal über 400 Betten verfügen, angesiedelt. Auf einer gemischten Intensivstation

werden allgemeinchirurgische, unfallchirurgische sowie internistische PatientInnen betreut (vgl. Larsen, 1999, S. 665).

4.2.2 Fachspezifische Intensivstation

Die fachspezifische Intensivstation wird in unterschiedliche Fachrichtungen unterteilt. Um einen kurzen Überblick zu schaffen, werden im Folgenden die gängigsten aufgeführt: Auf der neurochirurgischen IBST befinden sich PatientInnen, die beispielsweise ein Schädel-Hirn-Trauma oder eine Hirnblutung erlitten haben bzw. postoperativ nach intrakraniellen Eingriffen überwacht werden müssen. Auf der neurologischen IBST werden Erkrankungen des ZNS mit vitaler Bedrohung behandelt. Die herzchirurgische Intensivstation ist auf die Behandlung von Störungen des Herz-Kreislauf-Systems sowie die postoperative Beobachtung nach Herzoperationen spezialisiert. In einem Intensiv-Kreissaal werden Risikoschwangerschaften mittels Überwachung der ungeborenen Herzaktion betreut. Die Neonatologie hingegen beschäftigt sich mit Frühgeburten sowie schweren Erkrankungen von Neugeborenen (vgl. Larsen, 1999, S. 665f).

4.2.3 Organ- bzw. erkrankungsspezifische Intensivstationen

Hierunter fällt die Beatmungsintensivstation mit PatientInnen, die respiratorisch insuffizient sind. Die kardiologische IBST behandelt PatientInnen bei drohenden bzw. nach erlittenen Herzinfarkten. Auch hier gibt es vielfältige Einheiten, die sich mit Dialyse, Verbrennungen, Vergiftungen und Transplantationen beschäftigen (vgl. Larsen, 1999, S. 666f).

4.2.4 Postoperative Einheiten

Hierzu zählen die an den OP-Trakt angegliederten Aufwachräume, in welchen PatientInnen postoperativ betreut werden. Des Weiteren gibt es postoperative Überwachungsstationen, auf welchen PatientInnen nach ausgedehnten bzw. lang andauernden Operationen über Nacht beobachtet werden (vgl. Larsen, 1999, S. 667).

5 DER NOTFALL

Da sich in der Auswertung der Fragebögen gezeigt hat, dass Notfälle bzw. Akutsituationen die herausforderndsten Situationen für SchülerInnen darstellen, wird im folgenden Kapitel näher darauf eingegangen. Dazu wird zunächst der Begriff „Notfall“ definiert, die Symptome aufgezeigt, sowie Beispiele für Notfälle auf der Intensivstation des A.Ö. Krankenhaus des Deutschen Ordens Friesach GmbH angeführt.

5.1 Definition

Der Notfall ist ein Zustand, der plötzlich bzw. akut lebensbedrohlich sein kann. Die Vitalfunktionen (der Kreislauf, das Bewusstsein und die Atmung) der PatientInnen sind gestört oder sind nach und nach fehlend. Einem Notfall können nicht nur Verletzungen, sondern auch plötzliche Krankheiten, wie beispielsweise ein Herzinfarkt, oder eine Vergiftung zugrunde liegen (vgl. Renz-Polster, 1997, S. 542).

5.2 Symptome

„Abhängig von der Art des Notfalles können die Symptome entsprechend mannigfaltig sein. Grundsätzlich ist die Symptomatik abhängig davon, welches Organ im Rahmen des Notfalles hauptsächlich betroffen ist:

- Störungen der Herzaktion: z.B. durch Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Blutungen in der Herzhöhle oder schwerwiegende Herzrhythmusstörungen.
- Störungen des Kreislaufs: z.B. durch Blutverlust bei inneren Blutungen, aber auch als Folge eines Pumpversagens des Herzens.
- Störung der Atmung: z.B. durch Verlegung der Atemwege (Zurückfallen der Zunge beim Bewusstlosen, Aspiration, Insektenstich), bei Brustkorbverletzungen oder als Folge von Herz – Kreislauf-Störungen“ (Renz-Polster, 1997, S. 542).

5.3 Notfallsituationen/Krankheitsbilder im A. Ö. Krankenhaus des Deutschen Ordens Friesach GmbH/IBST

Die IBST in Friesach wird in die Kategorie „Gemischte Intensivstation“ bzw. „Interdisziplinäre Intensivstation“ eingeteilt. Hier treten vielfältigste Krankheitsbilder auf, welche von Herzkreislauf-Störungen bis hin zu respiratorischen Insuffizienzen bei akut eingelieferten PatientInnen reichen. Des Weiteren werden PatientInnen nach Unfällen, größeren Operationen sowie zur Monitor-Überwachung bei Begleiterkrankungen nach einer Operation auf der Intensivstation aufgenommen. Chirurgische PatientInnen, die große Operationen im Bereich des Magen-Darm-Traktes haben, benötigen anschließend eine konsequente und intensive Überwachung und Therapie. Zu weiteren Notfallsituationen im A. Ö. Krankenhaus des Deutschen Ordens Friesach GmbH zählen: Reanimationen, Blutungen aller Art, Multiorganversagen, Bewusstseinsstörungen uvm. Um den SchülerInnen der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege eine Notfallsituation aufzuzeigen, wird im nächsten Kapitel die akute respiratorische Insuffizienz mit ARDS beschrieben. Im schwerwiegenden Verlauf dieser Erkrankung ist die Intubation unumgänglich. Daher wird diese im Weiteren definiert und näher auf die Pflege von beatmeten PatientInnen eingegangen (Anmerkung des Verfassers).

5.4 Akute Respiratorische Insuffizienz durch ARDS

Das ARDS (akut respiratory distress syndrome), im Wesentlichen ein Lungenversagen, ist eine schwere respiratorische Insuffizienz, die als Folge einer Schädigung des Lungengewebes auftritt. Ein ARDS entsteht sekundär bei verschiedenen zugrundeliegenden Erkrankungen. Wichtige pathophysiologische Veränderungen sind eine erhöhte Permeabilität von Blutgefäßen in der Lungenstrombahn mit Austritt von Flüssigkeit in das Interstitium und ein resultierender Anstieg des Gefäßwiderstandes und pulmonaler Hypertension (vgl. Larsen, 1999, S. 1041).

5.4.1 Ursachen des ARDS

Die zugrundeliegenden Mechanismen des ARDS sind kompliziert und noch nicht vollständig geklärt. Auslösende Faktoren können vielfältig sein und beinhalten u.a. Pneumonien jeglicher Art (bakteriell, viral, Pilze, chemisch), jede Art von Schock,

Massivtransfusionen, Polytrauma, Verbrennungen, Pankreatitis oder Multiorganversagen (vgl. Larsen, 1999, S. 1041).

5.4.2 Klinisches Bild und Diagnose der ARDS

Das klinische Erscheinungsbild ist wenig spezifisch bzw. meistens durch die zugrundeliegende oder dominierende respiratorische Insuffizienz charakterisiert. Die Diagnose eines ARDS gilt als gesichert, wenn die folgenden Kriterien erfüllt sind:

Eine Hypoxie mit einem Oxygenierungsindex unter 200, der mit p_{aO_2} durch das F_{iO_2} berechnet wird. Dies kann plötzlich beginnen. Im Thorax-Röntgenbild treten beidseitige Verschattungen auf. Der pulmonalkapilläre Wedge-Druck sinkt unter 18mmHg (hier wird der enddiastolische Druck im linken Ventrikel des Herzens gemessen). Entsprechende Werte bei PICCO – Messung (Pulskontur-Herzeitvolumen) werden beobachtet, um ein kardiales Lungenödem auszuschließen. Daher ist der ELVWI (Lungenwasser) u.a. ein wichtiger Parameter, der mehrmals am Tag gemessen wird (vgl. Larsen, 1999, S. 1042).

5.4.3 Behandlung von ARDS

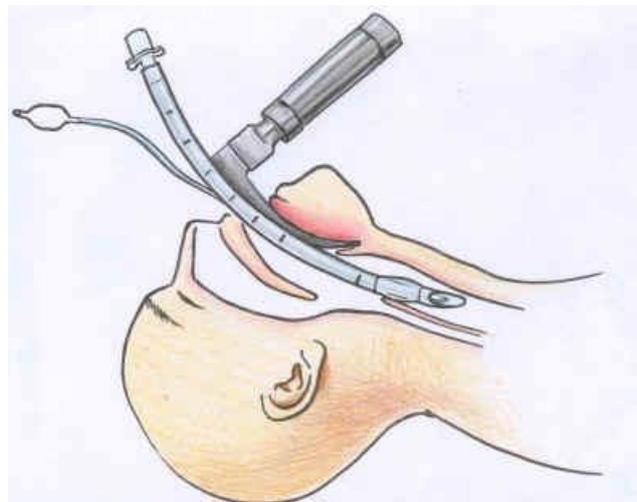
Die Behandlung der Erkrankung ist symptomatisch. Die respiratorische Insuffizienz muss kontrolliert werden, indem die Funktion der Lunge durch eine maschinelle Beatmung ersetzt wird. In der Regel wird der Patient im Verlauf intubiert. Eine genaue Flüssigkeitsbilanzierung, sprich die Ein- und Ausfuhrkontrolle, ist unerlässlich. Die Grunderkrankung sowie begleitende Organ-Dysfunktionen oder -Versagen werden ebenfalls therapiert (vgl. Larsen, 1999, S. 1042).

6 DEFINITION DER INTUBATION

„Die Intubation ist ein Verfahren, das vor allem in der Anästhesie, sowie in der Intensiv- und Notfallmedizin eingesetzt wird. Es dient dazu, bei bewusstlosen Patienten mit Hilfe eines Endotrachealtubus einen sicheren Atemweg herzustellen, über den der Patient künstlich beatmet werden kann“ (DocCheck, 2012).

Der endotracheale Tubus wird mit einem Laryngoskop durch den Mund zwischen der Stimmlippe des Kehlkopfes hindurch in die Luftröhre eingebracht, wie in Abbildung 1 bildlich dargestellt.

Abbildung 1: Endotracheale Intubation (IcaroWiki, 2012)



6.1 Prinzip der Intubation durch den Arzt

Das Laryngoskop, mit funktionierender Lichtquelle und dem passenden Spatel, wird in die linke Hand genommen. Der Kopf des/der PatientIn wird nach hinten überstreckt. In Folge wird mit den Kreuzgriff der Mund geöffnet, d.h. der Arzt bzw. die Ärztin verwendet hierfür den Zeige- und Mittelfinger der rechten Hand. Der Laryngoskopspatel wird über den rechten Zungenrand eingeführt, sodass die Zunge nach links verschoben wird. Durch das weitere Einführen wird der Kehldeckel sichtbar. Mit der rechten Hand des Arztes bzw.

der Ärztin wird der Tubus durch die Stimmritze eingeführt und nachstehend wird das Laryngoskop vorsichtig entfernt. Um die Verursachung eines Zahnschadens auszuschließen, soll das Entfernen des Laryngoskops unter dem Prinzip des „anhebens“ durchgeführt werden (vgl. Fischle, Becker, Hartmann & Krantz, 1997, S. 1328).

6.2 Vorbereitung der Intubation durch die DGKS

Die DGKS hat die Aufgabe alle Apparaturen auf Funktionstüchtigkeit und Vollständigkeit zu überprüfen. Wenn die Intubation als geplanter Eingriff durchgeführt wird, sorgt sie dafür, dass der/die PatientIn über die bevorstehende Maßnahme durch den Arzt bzw. die Ärztin aufgeklärt wird. Bei Notfallsituationen ist dies nicht möglich, da der/die PatientIn meist nicht mehr ansprechbar ist. Die Medikamente für die Intubation werden vom Arzt bzw. der Ärztin angeordnet und von der DGKS vorbereitet. Die DGKS bereitet einen endotrachealen Tubus mit dem passenden Durchmesser vor. Bei Männern wird häufig die Größe 8,5 und bei Frauen die Größe 7,5 verwendet. Andere Tuben mit weiteren verschiedenen Größen werden zusätzlich bereitgestellt.

Der Tubus wird auf Dichtigkeit des Cuffs mit einer 10 ml Spritze Luft geprüft und zusätzlich mit einem Gleitgel bzw. Silikonspray benetzt. Bei schwierigen Intubationen werden zusätzlich eine Magilzange und ein Führungsdraht für den Tubus bereitgestellt. Des Weiteren wird das Laryngoskop mit Spatel in verschiedenen Größen vorbereitet. Um die ausreichende Sauerstoffversorgung des/der PatientenIn während bzw. vor der Intubation zu gewährleisten, bereitet man einen Inflationsschlauch mit dem Beatmungsbeutel und der Beatmungsmaske vor. Damit die Lage des Tubus überprüft werden kann, wird die Lunge mit einem Stethoskop auf die Belüftung beider Lungenflügel kontrolliert. Für die richtige Fixierung des Tubus sorgt ein eigenes Tubusfixierband. Die DGKS versorgt sich zum Eigenschutz mit einem Mundschutz und einer Einweg-Schürze (vgl. Beck, Becker & Hartmann, 1997, S. 1347).

6.3 Durchführung der Intubation (DGKS)

„Die assistierende Pflegeperson hat die Aufgabe, das Material anzureichen, den Patienten zu beobachten und zu beruhigen. Nach erfolgter Intubation fixiert sie den Tubus und schließt das Beatmungsgerät an“ (Beck, Becker & Hartmann, 1997, S. 1347). In Tabelle 1 wird Schritt für Schritt im Wechsel zwischen Pflegeperson und Arzt die Vorgehensweise der Intubation beschrieben.

Pflegeperson	<ul style="list-style-type: none"> • Stellt das Bett flach • Entfernt Kissen und Kopfteil des Bettes, reicht dem Arzt das Material an
Arzt	<ul style="list-style-type: none"> • Inspiziert die oberen Atemwege mit dem Laryngoskop • Macht sie ggf. durch Absaugen frei • Führt den Tubus unter Sicht durch die Stimmritze in die Trachea ein, ggf. mit Hilfe der Magilzange (bei nasotrachealer Intubation)
Pflegeperson	<ul style="list-style-type: none"> • Bläst Cuff mit Cuffmanometer oder der Blockerspritze auf (Blocken) • Beatmet den Patienten mehrmals mit dem Beatmungsbeutel
Arzt	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrolliert währenddessen die gleichmäßige Belüftung beider Lungen durch Abhören mit dem Stethoskop • Korrigiert ggf. Tubuslage
Pflegeperson	<ul style="list-style-type: none"> • Fixiert den Tubus • Dokumentiert die durchgeführte Maßnahme: <ul style="list-style-type: none"> - Uhrzeit - Tubusgröße - Tubuslage cm (der Tubus ist entsprechend markiert; bei oraler Intubation wird die Markierung in Höhe der Zahnreihe, bei nasaler Intubation in Höhe des Naseneinganges dokumentiert) - Cuffdruck (darf zur Vermeidung von Schleimhautdefekten an der Trachea bei längerer Intubation 15 – 20 mmHg nicht überschreiten)“

Tabelle 1: Assistenz bei Intubation durch DGKS (Beck, Becker & Hartmann, 1997, S. 1347).

7 PFLEGE VON BEATMETEN PATIENTINNEN

Abhängig vom Bewusstseinszustand des/der PatientIn sowie der Einschränkung der Erkrankung, bedarf es einer Ist-Analyse. Es wird festgestellt in welchen ATL eine Unterstützung benötigt wird. Die Pflege bedarf einer großen Sorgfalt und sowie eines hohen Zeitaufwandes. Deshalb ist es von großer Bedeutung, eine Pflege Tätigkeit genau zu planen und alle Arbeitsmaterialien bzw. Pflegeutensilien bereitzustellen. PatientInnen die wach aber noch intubiert sind, können, wenn sie es tolerieren, aktiv mithelfen. Die Mundpflege kann dadurch leichter durch die Pflegeperson durchgeführt werden (vgl. Beck, Becker, Hartmann, 1997, S. 1352).

Da bei beatmeten PatientInnen eine spezielle Mundpflege erforderlich ist, wird diese im nächsten Kapitel beschrieben.

7.1 Spezielle Mundpflege bei beatmeten PatientInnen

Die spezielle Mundpflege bei intubierten PatientInnen ist wichtig, um Maßnahmen zu setzen, damit der/die PatientIn keine zusätzlichen Infektionen oder Erkrankungen erleidet. Bei intubierten PatientInnen ist es wichtig, die Pflegemaßnahme genau und nach Bedarf durchzuführen. Ist der PatientInnen wach wird es ihm ermöglicht, aktiv mitzuhelfen und mitzuentcheiden, welches Mundpflegeprodukt sie haben möchten. In dieser Situation wird das Wohlbefinden der Erkrankten gesteigert.

Die Gefahr bei der Mundpflege ist es, dass der Tubus versehentlich verrutscht oder sogar herausrutscht. Daher wird diese Maßnahme mit Unterstützung einer zweiten Pflegeperson durchgeführt. Die Vorgehensweise wird den PatientInnen genauestens erklärt. Wichtig ist es, die PatientInnen darauf hinzuweisen, dass sie mit dem Kopf keine unvorhersehbaren Bewegungen durchführen.

Die DGKS lagert den Oberkörper der PatientInnen hoch, löst die Fixierung und hält den Tubus. Die zweite Pflegeperson inspiziert den Mund–Rachenraum und die Mundhöhle. Um eine bessere Sicht zu haben, verwendet man das Laryngoskop, das mit einer Lichtquelle versorgt ist. Der Rachenraum kann nun abgesaugt werden. Hierbei können Läsionen in der Mundschleimhaut ersichtlich werden, die wiederum eine Eintrittsquelle

für Mikroorganismen sind. Ohne Lichtquelle wäre die spezielle Mundpflege nur erschwert möglich, da die Gefahr besteht, Veränderungen und Verletzungen zu übersehen.

Nach dem Absaugen wird die Mundhöhle nach Geschmack des/der PatientIn ausgewischt und anschließend die Zähne mit einer Bürste gereinigt.

Der Cuff wird vor der Tubuslagerung kontrolliert. Danach kann der Beatmungsschlauch auf den gegenüberliegenden Mundwinkel gelagert werden. Dies erfolgt zweimal pro Schicht. Hierbei ist zu beachten, dass der/die PatientIn einen Hustenreiz bekommen kann. Anschließend wird die Lippenpflege durchgeführt und ein neues Tubusband angebracht. Um die korrekte Lage kontrollieren zu können, werden beide Lungenflügel mit einem Stethoskop abgehört.

Die Dokumentation der DGKS beläuft sich auf die Lage des Tubus, Tubusfixierung, Aussehen des Sekretes, die Menge und den Zustand der Mundhöhle (vgl. Beck, Becker & Hartmann, 1997, S. 1353).

7.2 Das endotracheale Absaugen

Das endotracheale Absaugen wird entweder offen oder geschlossen durchgeführt. Hierbei wird ein Absaugkatheder über einen Tubus oder eine Trachealkanüle eingeführt. Durch die Verwendung eines geschlossenen Absaugsystems werden Diskonnektionen, Ventilationsprobleme und hygienische Probleme vermieden. Die Beatmungsparameter werden aufrechterhalten und das Infektionsrisiko für die PatientInnen und das Pflegepersonal wird verringert. Ein wichtiger Grundsatz beim Endotrachealen Absaugen lautet: „nur so oft wie notwendig“ (vgl. Beck, Becker & Hartmann, 1997, S. 1354f).

Das Ziel des endotrachealen Absaugens ist die Sekret-Entfernung, um eine Keimverschleppung in den unteren Atemwegen zu vermeiden. Es wird verhindert, dass die Ansammlung von Sekret über längere Zeit andauert und es dadurch zu einer Stauung von Trachealsekret kommen kann. Wenn PatientInnen aus unklarer Ursache Entzündungszeichen zeigen, kann über das geschlossene Absaugsystem steril Material für die bakteriologische Untersuchung gewonnen werden (vgl. Mamerow, 2010, S. 260).

Vorbereitet wird eine funktionstüchtige Absaugereinheit, das geschlossene Absaugsystem und eine 10 ml Spritze mit sterilem NaCl 0,9%. Der/Die PatientIn wird vorher über den Vorgang informiert und eventuell wird eine Alarmunterdrückung am Beatmungsgerät vorgenommen. Vor der Pflēgetätigkeit soll der Oberkörper des/der PatientIn hochgelagert sein. Als nächstes muss die DGKS die Hände desinfizieren und, zum Eigenschutz, Handschuhe überziehen. Während der gesamten Pflegemaßnahme werden die Vitalwerte des/der PatientIn über den Monitor überwacht. Das Absauggerät wird nun eingeschaltet und mit dem Absaugkatheter verbunden. Die SogEinstellung wird vom Hersteller mit 0,2 mbar empfohlen.

Die Kappe des Kontrollventils wird auf „Ein“ Position gedreht, das T-Stück mit einer Hand festgehalten. Wichtig ist dabei keinen Zug auf den Tubus auszuüben. Mit der anderen Hand wird der Absaugkatheter ohne Sog durch die Schutzhülle bis zum Widerstand vorgeschoben. Dann wird der Katheter unter Sog mittels Drücken des Kontrollventils in die Schutzhülle, bis die schwarze Markierung sichtbar ist, zurückgezogen. Die Kappe des Kontrollventils wird um 180 ° in die Verschlussposition gedreht. Das Kontrollventil wird anschließend erneut gedrückt und 10 ml NaCl 0,9 % zum Durchspülen des Katheters instillieren. Durch die Instillierung bleibt das Absaugsystem durchgängig und es kann zu keiner Keimvermehrung kommen. Falls notwendig muss eine Reaktivierung der Alarme vorgenommen werden und die Beatmungsparameter kontrolliert werden. Bei negativen Veränderungen der Vitalparameter ist eine Blutgasanalyse durchzuführen.

Anschließend wird wieder die Desinfektion der Hände durchgeführt. Der/Die Patientin kann sich nun von der Pflegemaßnahme erholen. Hierzu wird er/sie dementsprechend gelagert. Abschließend wird in der Kurve die Farbe, Menge und Konsistenz des abgesaugten Sekretes dokumentiert (vgl. Beck, Becker & Hartmann, 1999, S. 1355; Mamerow, 2010, S. 260).

8 FRAGEBOGENERHEBUNG

Um die praktische Ausbildung der SchülerInnen effizient zu gestalten, wurde eine Fragebogenerhebung durchgeführt. Das Ziel dieser ist es, zu erfahren welche Erfahrungen, Anregungen und Erwartungen die Auszubildenden an den speziellen Bereich der Intensivstation haben.

An der Befragung nahmen insgesamt 57 SchülerInnen des 3. Ausbildungsjahres der Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege des Landes Steiermark am LKH Stolzalpe teil. Die Teilnahme an der Umfrage war freiwillig und anonym, die Fragebögen wurden in den entsprechenden Klassen ausgeteilt. Alle SchülerInnen wurden über Zweck und Ziel dieser Fragebögen umfassend informiert.

Insgesamt konnten die Fragebögen von 48 Frauen und 5 Männer in die Auswertung einfließen. Das Durchschnittsalter der Frauen lag bei 24,73 Jahren. Die Männer waren durchschnittlich 20,8 Jahre alt. 23 SchülerInnen erhielten einen Fragebogen, der ihre Erwartungen an das bevorstehende Praktikum auf einer Intensivstation erfasste (Anhang A). Hiervon waren 21 Frauen und 2 Männer. Das Durchschnittsalter dieser Gruppe lag bei 25,83 Jahren. 30 SchülerInnen, davon 27 Frauen und 3 Männer, hatten zum Befragungszeitpunkt das Praktikum auf einer Intensivstation bereits absolviert. Sie wurden nach ihren diesbezüglichen Erfahrungen befragt (Anhang B). Das Durchschnittsalter dieser Gruppe lag bei 23,23 Jahren.

Vier Fragebögen konnten leider nicht ausgewertet werden, da sie unvollständig ausgefüllt wurden.

Beide Fragebögen erhoben allgemeine Einschätzungen zum Praktikum, Fragen zum Arbeitsablauf auf einer Intensivstation sowie zu pflegerische Tätigkeiten in der Intensivpflege und Fragen zum Ausblick.

Die Fragebögen enthielten teilweise Antworten im freien Antwortformat, um die vorhandenen Kenntnisse, Erwartungen und Wünsche der SchülerInnen abzufragen. Ein Teil der Antworten wurde im gebunden Antwortformat vorgelegt, was der Vergleichbarkeit der Ergebnisse diente (vgl. Rost, 2004, S. 60ff.).

In den folgenden Unterkapiteln werden die einzelnen Ergebnisse der Fragebögen ausführlich erläutert. Die Fragebögen (siehe Anhang 1 und 2) untergliedern sich in verschiedene Teile, welche ausgewertet wurden.

8.1 Allgemeines

Zunächst wurden SchülerInnen nach ihren Erwartungen an das Praktikum auf einer Intensivstation befragt. Die 23 befragten SchülerInnen erwarten sich vor allem den Umgang mit Geräten (15), wie beispielsweise Beatmungsgeräten, sowie einen allgemeinen Lernzuwachs und die Möglichkeit, das theoretische Wissen in der Praxis umsetzen und ausweiten zu können (14). Ebenso scheint es den SchülerInnen wichtig zu sein, Erfahrungen im Umgang mit PatientInnen (9) sammeln zu können und selbstständig arbeiten zu dürfen (8). Des Weiteren wurde die Integration und Unterstützung des Teams für die Zeit des Praktikums (5) sowie Wissenszuwachs im Bereich der Medikamente (4) genannt. Lediglich zwei SchülerInnen erwarten den Aufgabenbereich der Dokumentation.

Von den 30 befragten SchülerInnen, die das Praktikum an der Intensivstation bereits absolviert haben, gaben 28 an, dass ihre Erwartungen erfüllt wurden. Lediglich bei zwei SchülerInnen war dies nicht der Fall. Davon begründeten 20 SchülerInnen ihre Antwort.

Positiv wurde hier vor allem der Erfahrungszuwachs genannt (12). Fünf SchülerInnen gaben an, dass sie selbstständig arbeiten durften. Drei SchülerInnen lobten die Integration und Unterstützung des Teams sowie die Praxisbegleitung. Zwei SchülerInnen gaben an, dass die Erfahrung im Umgang mit Notfällen für sie besonders lehrreich war. Die abwechslungsreiche Tätigkeit auf einer Intensivstation wurde einmal genannt.

Negativ wurden jeweils einmal die psychisch anstrengende Tätigkeit und plötzliche Notfälle genannt, sowie das nicht vorhandenen sein von beatmeten PatientInnen auf der Intensivstation zum Zeitpunkt des Praktikums.

Die nächste Frage widmete sich den positiven Erfahrungen bzw. Erkenntnissen, die sich SchülerInnen in dem Praktikum erhoffen bzw. mitnehmen konnten.

Den 23 SchülerInnen, denen das Praktikum noch bevorsteht, sind vor allem selbstständiges Arbeiten (16) und Lernzuwachs (10) wichtig. Den Umgang mit Geräten möchten sieben SchülerInnen erlernen, die korrekte Reaktion auf Veränderungen der Vitalwerte, vier. Die

Pflegeplanung (2), die Arbeit mit Angehörigen (2) sowie das Intubieren und Reanimieren (1) stehen in Bezug auf Erfahrungszuwachs an letzter Stelle.

Ein differenzierteres Bild lieferte die Befragung der 30 SchülerInnen, welche das Praktikum auf der Intensivstation bereits absolviert haben. Sie gaben an, vor allem im Umgang mit Geräten (13) sowie PatientInnen (12) Erfahrungen mitgenommen zu haben. Neun SchülerInnen berichten, dass sie neue Lernerfahrungen mitnehmen konnten. Das Intubieren (6), die Integration ins Team (5), den Umgang mit Medikamenten (4) sowie das selbstständige Arbeiten (4) werden weniger häufig als positive Erfahrung und Erkenntnis aus der Praktikumszeit auf der Intensivstation genannt. An letzter Stelle liegen die Pflegeplanung (1), Reanimation (1) sowie die Versorgung von Verstorbenen (1).

Alle befragten SchülerInnen gaben an, dass sie sich für die Praktikumszeit eine permanente Ansprechperson auf der Intensivstation wünschen. In der Erhebung zeigt sich deutlich, dass dies auf den meisten Intensivstation bereits umgesetzt wird. Lediglich in zwei Fällen gab es keine permanente Ansprechperson für die Zeit des Praktikums, wovon sich eine Schülerin das gewünscht hätte.

8.2 Arbeitsablauf

Alle 23 befragten SchülerInnen gaben an, dass es für sie wichtig wäre, im Team integriert zu sein. Dies würde sich vor allem durch die Möglichkeit der selbstständigen Übernahme von PatientInnen unter Begleitung einer DKGS (22) und der Arbeit mit PatientInnen (21), der Ausarbeitung der Visiten (21), der Möglichkeit sich einzubringen (21) sowie der aktiven Mitarbeit (20) zeigen. Ebenso würde sich lt. der durchgeführten Befragung eine Integration ins Team durch die Möglichkeit, selbstständig Pflegediagnosen zu erstellen (18) und der Arbeit mit Angehörigen (17) zeigen. 12 bzw. acht SchülerInnen wünschen sich Vorschläge einbringen zu dürfen bzw. Mitspracherecht.

Von den SchülerInnen, die das Praktikum auf der Intensivstation bereits absolviert haben, fühlten sich 29 im Team integriert. Lediglich eine SchülerInnen gab an, nicht integriert gewesen zu sein. Sie gab dafür jedoch keine Gründe an.

Des Weiteren wäre ein Mitspracherecht in Bezug auf die Auswahl des Dienstplanes für die meisten SchülerInnen wünschenswert (21). Lediglich zwei SchülerInnen wünschen sich kein Mitspracherecht.

Wie sich in der Befragung zeigte, waren die 30 SchülerInnen, die bereits das Praktikum auf einer Intensiv absolviert haben, mit dem Dienstplan zufrieden. Zwei SchülerInnen gaben an, dass sie bei der Auswahl des Dienstplanes mitbestimmen durften bzw. Wünsche berücksichtigt wurden.

8.3 PatientInnenarbeit

Die erste Frage im Bereich der PatientInnenarbeit beschäftigte sich mit den erwarteten Krankheitsbildern auf einer Intensivstation. Von den befragten 23 SchülerInnen erwarten sich die meisten, PatientInnen mit Schädel-Hirn-Traumata oder Hirnblutungen (12) bzw. postoperative und intubierte PatientInnen (11) anzutreffen. Am dritthäufigsten erwarten sich SchülerInnen PatientInnen mit Herz-Kreislauf Beschwerden (10) sowie Unfallopfer, PatientInnen mit Polytrauma, Schockgeschehen und Querschnittslähmungen (10). PatientInnen mit Bewusstseinsstörungen (6) oder Schlaganfall (5) werden selten erwartet. Kaum erwartet werden PatientInnen mit Störungen des Säure-Basen-Haushalts bzw. Elektrolyt-Haushalts (2), allgemeinen Infektionen (2) und DialysepatientInnen (1).

Der überwiegende Teil der SchülerInnen, die das Praktikum auf der Intensivstation noch vor sich haben (23) gibt an, keine Berührungsängste gegenüber beatmeten PatientInnen zu haben (19). Die Gründe für die Berührungsängste der vier anderen SchülerInnen sind unterschiedlich. So ist ihnen der Umgang mit der Pflege solcher PatientInnen nicht mehr ganz geläufig (1) bzw. haben sie noch nie mit beatmeten PatientInnen gearbeitet (1), wodurch ihnen die praktische Erfahrung fehlt (1) und sie ein unsicheres Gefühl im Umgang hätten (1).

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den SchülerInnen, die das Praktikum bereits absolviert haben. Der überwiegende Teil hatte keine Berührungsängste gegen über den PatientInnen (23) bzw. waren zum Zeitpunkt des Praktikums keine beatmeten PatientInnen auf der Intensivstation untergebracht (3). Auch in dieser Gruppe hatten vier SchülerInnen Berührungsängste, welche durch die Tatsache hervorgerufen wurden, dass die

SchülerInnen zu Beginn über zu wenig Praxiserfahrung in diesem Bereich verfügten (1) und sich die PatientInnen zudem nur mittels Mimik bemerkbar machen können (1). Zudem hatten sie aufgrund der vielen Schläuche und Geräte Angst, etwas falsch zu machen (1) bzw. dass ihnen gravierende Fehler unterlaufen könnten (1). Diese Ängste legten sich jedoch im Laufe des Praktikums wieder (3).

Anschließend wurden die SchülerInnen befragt, welche Situationen sie als besonders herausfordernd empfinden würden bzw. empfanden.

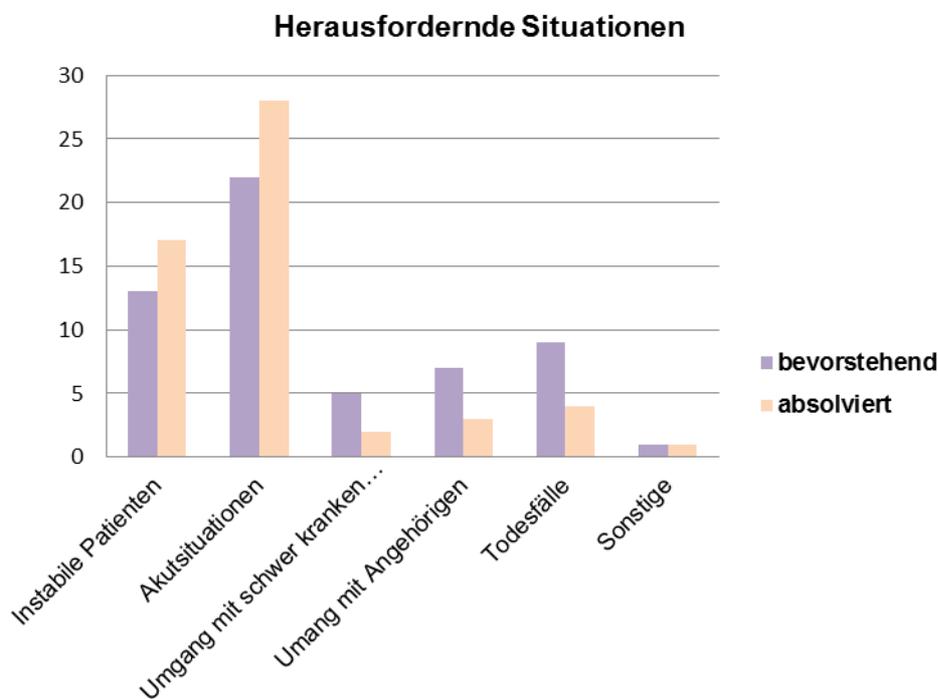


Tabelle 2: Herausfordernde Situationen für SchülerInnen während eines Praktikums auf einer Intensivstation

Wie in Tabelle 2 ersichtlich, werden sowohl von den SchülerInnen, denen das Praktikum noch bevorsteht wie auch von jenen, die es bereits absolviert haben, Akutsituationen (22/27) als besonders herausfordernde Situationen genannt. Auch instabile PatientInnen stellten für beide Gruppen eine große Herausforderung dar (13/17). Unter sonstigen Herausforderungen wurden von den SchülerInnen, denen das Praktikum noch bevorsteht, die Angst jemanden zu kennen (1) sowie PatientInnen im selben Alter (1) genannt. Die

SchülerInnen, die das Praktikum bereits absolviert hatten, nannten unter den sonstigen Herausforderungen die „Schläuche“ bei den PatientInnen (1).

Trotz dieser Ergebnisse wünschen sich fast alle SchülerInnen (22), dass sie in Akutsituationen aktiv mitwirken dürfen, nur eine Schülerin möchte das nicht. Dennoch ist dies nicht immer möglich. Immerhin 21 SchülerInnen berichten, dass sie während ihres Praktikums in Akutsituationen aktiv mitwirken durften, acht SchülerInnen war dies nicht gestattet.

Des Weiteren möchten alle SchülerInnen (23) während ihres Praktikums auf der Intensivstation in pflegerische Tätigkeiten miteinbezogen werden und eigenverantwortlich arbeiten, was auch sämtlichen SchülerInnen, die das Praktikum bereits absolvierten haben, möglich war. Lediglich einer Schülerin war es nicht möglich, eigenverantwortlich zu arbeiten.

Die folgende Frage beschäftigte sich mit den selbstständigen Tätigkeiten, welche die SchülerInnen während des Praktikums auf der Intensivstation gerne durchführen möchten.



Tabelle 3: Wünsche über selbstständige Tätigkeiten von SchülerInnen auf einer Intensivstation

Tabelle 3 zeigt deutlich, dass von den befragten 23 SchülerInnen die meisten bei invasiven Eingriffen assistieren (21), dokumentieren sowie in der Pflegeplanung mitwirken möchten (19).

In der Befragung der SchülerInnen, welche das Praktikum bereits absolviert haben, zeigte sich, dass sie am häufigsten selbstständig dokumentierten (29), sedierte PatientInnen beobachteten (26), sowie in der Pflegeplanung mitwirkten (25) und bei invasiven Eingriffen assistierten (25).

Des Weiteren wurden die SchülerInnen, welche das Praktikum bereits absolviert hatten, gefragt, ob sie die Möglichkeit hatten Vorschläge einzubringen. 18 SchülerInnen bejahten dies. Sie gaben an, vor allem Vorschläge im Bereich der PatientInnenarbeit (16), wie beispielsweise die Kommunikation mit beatmeten PatientInnen oder Lagerung, unterbreitet zu haben. Einige unterbreiteten auch Vorschläge hinsichtlich der organisatorischen Tätigkeiten (4), wie beispielsweise Pflegeplanung oder Verbesserung der Dokumentation. Insgesamt wurden 17 der unterbreiteten Vorschläge angenommen und umgesetzt. Drei Vorschläge wurden zwar angenommen, jedoch nur teilweise (2) bzw. gar nicht umgesetzt (1).

Als nächstes wurden die SchülerInnen befragt, welche Veränderungen der Vitalwerte sie erkennen würden.

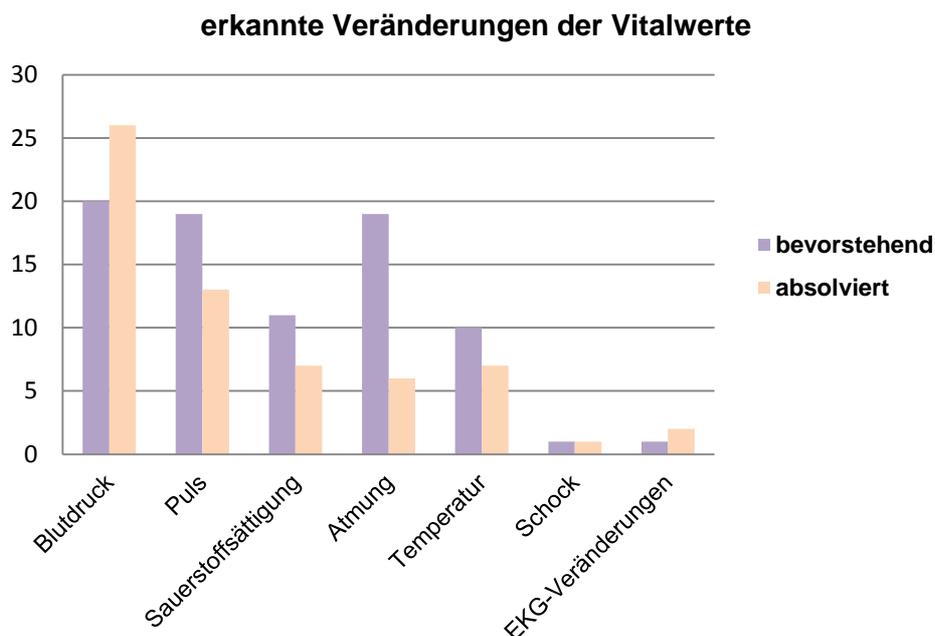


Tabelle 4: Veränderungen der Vitalwerte, welche von SchülerInnen erkannt würden

Tabelle 4 zeigt, dass jene SchülerInnen, die das Praktikum auf der Intensivstation noch vor sich haben, in erster Linie Veränderungen des Blutdruckes (20), des Pulses (19) und der Atmung (19) erkennen würden.

Von den 30 SchülerInnen, die das Praktikum bereits absolviert haben, gaben 28 an, Veränderungen der Vitalwerte erkannt zu haben. Eine Schülerin gab an, dass ihr dies nicht möglich war, eine enthielt sich der Antwort. Jene SchülerInnen erkannten in größtenteils Veränderungen des Blutdrucks (26). Veränderungen des Pulses (13) sowie Sauerstoffsättigung (7) und Temperaturveränderungen (7) der PatientInnen wurden weniger häufig erkannt.

Schockzustände (1/1) sowie EKG-Veränderungen (1/2) würden bzw. wurden in beiden Gruppen kaum erkannt.

8.4 Ausblick

Abschließend wurden die 30 SchülerInnen, welche bereits ein Praktikum auf einer Intensivstation absolviert hatten, noch zu ihrer beruflichen Zukunft in Hinblick auf die Intensivstation befragt.

24 SchülerInnen würden wieder ein Praktikum auf einer Intensivstation antreten. Als Begründungen gaben sie an, dass sie allgemein Interesse an der Arbeit auf einer Intensivstation hätten. Einige lobten den Lernzuwachs während des Praktikums (5) und dass es ihnen die Arbeit gut gefallen hätte (3). Weitere Gründe sind die angenehme (1) und abwechslungsreiche Tätigkeit (1) auf einer Intensivstation sowie die Herausforderungen (1).

Vier SchülerInnen würden kein erneutes Praktikum auf einer Intensivstation antreten, da in ihnen bereits Interesse für andere Abteilungen entfacht ist (2), sie den Umgang mit Akutsituationen nicht möchten (1) oder der Ansicht sind, dass auf einer Intensivstation zu viele Maschinen und zu wenig Menschlichkeit vorherrschen (1).

9 ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Praxisanleitung im A. Ö. Krankenhaus des Deutschen Ordens Friesach GmbH. Im theoretischen Teil wird auf die gesetzlichen Grundlagen für die DGKS eingegangen. Des Weiteren wird die Praxisanleitung für SchülerInnen auf einer Intensivstation erläutert, welche die Aufgaben, Tätigkeitsfelder sowie Ziele umfasst. Im Anschluss wird ein allgemeiner Überblick über Intensivstationen gegeben, Definitionen sowie Arten inkludiert. Aufgrund der Ergebnisse des praktischen Teils der Abschlussarbeit wird im Folgenden auf die Definition des Notfalls sowie den einhergehenden Symptomen eingegangen. Um mehr Praxisrelevanz zu erlangen, wird hier die Akute Respiratorische Insuffizienz durch ARDS erklärt. Darüber hinaus wird auf die Intubation als pflegerische Tätigkeit in Notfallsituationen eingegangen.

Für den praktischen Teil wurden 57 SchülerInnen des 3. Ausbildungsjahres der Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege des Landes Steiermark am LKH Stolzalpe mittels Fragebogen zu ihren Erwartungen bzw. Erfahrungen bezüglich des Praktikums auf einer Intensivstation befragt. Insbesondere sollte der Bedarf einer Praxisanleitung geklärt werden.

Die Fragestellung, „Wie sinnvoll ist es für SchülerInnen eine fixe Praxisanleitung während eines Praktikums auf einer Intensivstation zu haben?“, hat sich daher gehend beantwortet, dass sich SchülerInnen aufgrund der Fragebogenerhebung effizienter in die Stationsarbeit miteinbringen können oder möchten.

Die vorliegende Arbeit verdeutlicht die Notwendigkeit einer permanenten Praxisanleitung und belegt damit die Sinnhaftigkeit des Vorhabens des A. Ö. Krankenhaus des Deutschen Ordens Friesach GmbH der Etablierung einer solchen. Auf Basis der vorliegenden Ergebnisse werden künftig Folder für SchülerInnen erstellt, um allgemeine Informationen, welche generell auf die Praxisstätte „KH Friesach“ Bezug nehmen.

Darin soll insbesondere enthalten sein: Führungskräfte und die häufigsten Krankheitsbilder der jeweiligen Stationen, sowie die künftigen Praxisleiter. Gibt es Übernachtungsmöglichkeiten, wo kann der Schüler parken, wie und wo meldet sich der Schüler krank und vieles mehr.

Abschließend ist es für die Verfasserin sehr positiv, dass aufgrund der Fragebogenerhebung erkennbar wird, dass der Großteil jener SchülerInnen, welche bereits ein Praktikum auf der IBST absolviert haben, positive Rückmeldungen in Bezug auf die Teamintegration, den Lerneffekt, die Eigenständigkeit bei vielen Tätigkeiten und die IBST als Lernort mit hoher Fachkompetenz erlebt haben.

10 LITERATURVERZEICHNIS

Beck, H., Becker, S. & Hartmann, U. (1997). Grundlagen der Intensivmedizin und Intensivpflege. In A. Schäffler, N. Menche, U. Bazlen & T. Kommerell (Hrsg.), *Pflege Heute* (S. 1339 – 1366).

Fischle, G., Becker, S., Hartmann, U. & Krantz, M. (1997). Grundlagen der Anästhesiepflege. In A. Schäffler, N. Menche, U. Bazlen & T. Kommerell (Hrsg.), *Pflege Heute* (S. 1309 – 1338).

Larsen, R. (1999). *Anästhesie und Intensivmedizin für Schwestern und Pfleger* (5. Aufl.). Springer Verlag: Berlin Heidelberg.

Mamerow, R. (2010). *Praxisanleitung in der Pflege* (3. Aufl.). Springer-Verlag: Berlin Heidelberg.

Renz-Polster, H. (1997). Pflege in Notfallsituationen. In A. Schäffler, N. Menche, U. Bazlen & T. Kommerell (Hrsg.), *Pflege Heute* (S. 541 – 554).

Rost, J. (2004). *Lehrbuch Testtheorie – Testkonstruktion* (2. Aufl.). Verlag Hans Huber: Bern.

Weiss-Faßbinder, S. & Lust, A. (2010). *GuKG – Gesundheits- und Krankenpflegegesetz* (6. Aufl., idf der Novelle 2009). Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung: Wien.

11 INTERNETQUELLEN

Auböck, U. (2009). *Das subjektive Rollenverständnis der Praxisanleiter in der Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege.* (Unveröffentlichte Diplomarbeit. Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik Tirol) Zugriff am 10.05.2012, 10:15Uhr unter www.oegkv.at/.../Rolle%20Praxisanleiter%20Auböck%202009.pdf.

DocCheck (2012). *Intubation.* Zugriff am 13.05.2012, 09:21 Uhr unter <http://flexikon.doccheck.com/Intubation>.

IcaroWiki (2012). *Intubation und Beatmung.* Zugriff am 13.05.2012, 09:18 Uhr unter http://wiki.icaro-group.aero/index.php?title=Intubation_und_Beatmung.

Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (2010). *Praxisanleitung in der Pflege.* Zugriff am 12.05.2012, 17:18 Uhr unter <http://www.gsund.net/cms/beitrag/10156795/4811673/>.

ANHANG 1 – FRAGEBOGEN A

Fragebogen zur Erfassung der Erwartungen von PraktikantInnen (im letzten Ausbildungsjahr der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege) auf einer Intensivstation

Dieser Fragebogen dient meiner Abschlussarbeit in der Sonderausbildung der Intensiv- bzw. Anästhesiepflege.

Ich würde Sie daher bitten, die folgenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten.

Der Fragebogen ist anonym. Die gesammelten Daten werden streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Klasse:

Geschlecht: Männlich Weiblich

Alter:

Allgemeines

1. Was sind Ihre Erwartungen an das Praktikum auf einer Intensivstation?

2. Welche positiven Erfahrungen bzw. Erkenntnisse erhoffen Sie sich aus diesem Praktikum mitzunehmen?

3. Wünschen Sie sich für die Dauer des Praktikums eine permanente Ansprechperson auf der Intensivstation?

Ja Nein

4. Haben Sie vorab Wünsche oder Anregungen für die Praktikumsarbeit auf Intensivstationen?

Arbeitsablauf

5. Wäre es Ihnen wichtig, sich ins Team integriert zu fühlen?

- Ja Nein

Wenn ja:

Was würden Sie sich wünschen?

(Mehrfachnennungen möglich)

- Mitspracherecht
- Die Möglichkeit sich einzubringen
- Aktive Mitarbeit
- Vorschläge unterbreiten und umsetzen zu können
- Arbeit mit PatientInnen
- Arbeit mit Angehörigen
- Selbstständige Übernahme von PatientInnen (unter Begleitung einer DGKS)
- Visite ausarbeiten
- Pflegediagnosen selbst erstellen
- Sonstiges: _____

6. Würden Sie sich Mitspracherecht in Bezug auf die Auswahl des Dienstplanes wünschen?

- Ja Nein

PatientInnenarbeit

7. Welche Krankheitsbilder erwarten Sie auf einer Intensivstation anzutreffen?

8. Hätten Sie Bedenken gegenüber den beatmeten PatientInnen?

- Ja Nein

Wenn ja:

Warum?

9. Welche Situationen würden Sie als besonders herausfordernd empfinden?

(Mehrfachnennungen möglich)

- Instabile PatientInnen
 Akutsituationen
 Umgang mit schwer kranken PatientInnen
 Umgang mit Angehörigen
 Todesfälle
 Sonstige: _____

10. Möchten Sie in pflegerische Tätigkeiten miteinbezogen werden?

- Ja Nein

11. Möchten Sie bei Akutsituationen aktiv mitwirken dürfen?

- Ja Nein

12. Möchten Sie unter Begleitung einer DGKS eigenverantwortlich arbeiten?

- Ja Nein

Wenn ja:

Welche Tätigkeit würden Sie gerne selbstständig durchführen?

(Mehrfachnennungen möglich)

- Dokumentation
- Kurvenführung
- Beobachtung von postoperativen PatientInnen
- Beobachtung von sedierten PatientInnen
- Mitwirkung in der Pflegeplanung
- Anlegen von Pflegediagnosen
- Untersuchungen (z.B. Assistenz bei CT-Fahrten)
- Assistenz bei invasiven Eingriffen
- Sonstige: _____

13. Welche Veränderungen der Vitalwerte würden Sie erkennen?

ANHANG 2 – FRAGEBOGEN B

Fragebogen zur Erfassung der Erfahrungen von PraktikantInnen (im letzten Ausbildungsjahr der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege) auf einer Intensivstation

Dieser Fragebogen dient meiner Abschlussarbeit in der Sonderausbildung der Intensiv- bzw. Anästhesiepflege.

Ich würde Sie daher bitten, die folgenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten.

Der Fragebogen ist anonym. Die gesammelten Daten werden streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Klasse:

Geschlecht: Männlich Weiblich

Alter:

Allgemeines

1. Wurden Ihre Erwartungen an das Praktikum auf einer Intensivstation erfüllt?

Ja Nein

Warum?

2. Welche positiven Erfahrungen bzw. Erkenntnisse konnten Sie für sich aus diesem Praktikum mitnehmen?

3. Hatten Sie für die Dauer des Praktikums eine permanente Ansprechperson?

Ja Nein

Wenn nein:

Hätten Sie sich eine permanente Ansprechperson gewünscht?

Ja Nein

Arbeitsablauf

4. Fühlten Sie sich ins Team integriert?

Ja Nein

Wenn nein:

Warum?

5. Waren Sie mit Ihrem vorgeschriebenen Dienstplan zufrieden?

Ja Nein

Wenn nein:

Welche Änderungen in Bezug auf den Dienstplan würden Sie sich wünschen?

PatientInnenarbeit

6. Hatten Sie Berührungsängste gegenüber den beatmeten PatientInnen?

- Ja Nein

Wenn ja:

Warum?

7. Welche Situationen empfanden Sie als besonders herausfordernd?

(Mehrfachnennungen möglich)

- Instabile PatientInnen
 Akutsituationen
 Umgang mit schwer kranken PatientInnen
 Umgang mit Angehörigen
 Todesfälle
 Sonstige: _____

8. Wurden Sie in pflegerische Tätigkeiten miteinbezogen?

- Ja Nein

9. Konnten/Durften Sie bei Akutsituationen aktiv mitwirken?

- Ja Nein

10. Konnten Sie unter Begleitung einer DGKS eigenverantwortlich arbeiten?

- Ja Nein

Wenn ja:

Welche Tätigkeit duften Sie selbstständig durchführen?

(Mehrfachnennungen möglich)

- Dokumentation
 Kurvenführung
 Beobachtung von postoperativen PatientInnen
 Beobachtung von sedierten PatientInnen
 Mitwirkung in der Pflegeplanung
 Anlegen von Pflegediagnosen
 Untersuchungen (z.B. Assistenz bei CT-Fahrten)
 Assistenz bei invasiven Eingriffen
 Sonstige: _____

11. War es Ihnen möglich, auf Veränderungen in den Vitalwerten korrekt zu reagieren?

- Ja Nein

Wenn ja:

Welche Veränderungen der Vitalwerte haben Sie erkannt?

Wenn nein:

Warum nicht?

12. Bestand für Sie die Möglichkeit Vorschläge einzubringen?

Ja Nein Ich habe keine Vorschläge eingebracht

Wenn ja:

Welche?

Wurden Ihre Vorschläge angenommen bzw. umgesetzt?

Ja Nein

Wenn nein:

Warum nicht?

Ausblick

13. Würden Sie wieder ein Praktikum auf einer Intensivstation antreten?

Ja Nein

Warum?

14. Würden Sie nach Beendigung der Ausbildung auf einer Intensivstation zu arbeiten beginnen?

Ja Nein

15. Haben Sie Wünsche oder Anregungen für die Praktikumsarbeit auf Intensivstationen?
