

# *Pflegestandards*

---

*Thoraxschmerzen*

&

*Bagatellunfälle*

Abschlussarbeit für die  
Weiterbildung Notfallpflege  
St. Gallen

Ingrid Slot  
Kantonsspital Winterthur  
Mai 2003

# Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort .....	3
1.1. Zu meiner Person .....	3
1.2. Arbeitsort .....	3
1.2.1. Kantonsspital Winterthur .....	3
1.2.2. Die Notfallstation des KSW .....	4
2. Einleitung .....	5
2.1. Warum Pflegestandards?.....	5
2.2. Ziel der Arbeit .....	6
2.3. Art der Arbeit .....	6
2.4. Vorstellen der Mitarbeiter .....	7
2.5. Adressaten .....	7
3. Pflegestandard .....	8
3.1. Was sind Pflegestandards .....	8
3.1.1. Begriff Pflegestandards .....	8
3.1.2. Drei Standardtypen .....	9
3.1.3. Pflegestandards Richtlinien .....	10
3.2. Projektvorbereitung .....	11
3.3. Umsetzung in die Praxis .....	13
3.4. Medizinischer Pflegestandards.....	14
3.4.1. Pflegestandard: Patienten mit Thoraxschmerzen .....	14
3.4.2. Inventarliste des Medikamentenplateau .....	18
3.4.3. Schmerz-Skala .....	19
3.4.4. Die ABCDE-Regel.....	21
3.5. Chirurgische Pflegestandards .....	22
3.5.1. Pflegestandard: Patienten mit Bagatellunfällen.....	22
3.5.2. Wundversorgung .....	27
3.5.3. Schmerz-Skala .....	35
3.5.4. Die ABCDE-Regel .....	37
3.6. Abgrenzung .....	38
4. Zielüberprüfung .....	39
5. Meine Reflexion .....	40
6. Schlussbemerkung .....	41
7. Quellenangabe .....	42

# 1 Vorwort

## 1.1 Zu meiner Person

Mein Name ist Ingrid Slot und ich arbeite seit Mai 1998 im Kantonsspital Winterthur. Ich bin in den Niederlanden geboren und aufgewachsen und habe dort auch meine Krankenschwesterausbildung gemacht. Seit September 1995 bin ich in der Schweiz als Krankenschwester tätig.

In November 2001 habe ich mit der Notfallweiterbildung in St. Gallen angefangen. Die vorliegende Projektarbeit entstand im Rahmen dieser Weiterbildung als Fachfrau für Notfallpflege.

## 1.2 Arbeitsort

### 1.2.1 Kantonsspital Winterthur

Winterthur ist mit seinen rund 90 000 Einwohnern die sechstgrösste Schweizer Stadt und liegt inmitten eines eigenständigen Wirtschafts-, Kultur- und Bildungsraumes im Nordteil des Kantons Zürich. Im Herzen der Stadt Winterthur erbringt das Kantonsspital Winterthur (KSW) Leistungen sowohl für eine umfassende medizinische Grundversorgung als auch in ausgewählten Bereichen der Spitzenmedizin – für die Stadt und für ein regionales Einzugsgebiet von 200 000 Einwohnern, das sich von Schaffhausen im Norden bis weit ins Zürcher Oberland erstreckt.

Das KSW hat sich in 125 Jahren vom kleinen Einwohner- und Stadtpital zu einem modernen Akutspital von der Bedeutung eines überregionalen Gesundheitszentrums entwickelt, das jährlich rund 70 000 Patienten behandelt. Während sich die durchschnittliche Aufenthaltsdauer laufend verkürzt, liegt die Bettenauslastung mittlerweile bei knapp 90 Prozent.

In Mittelpunkt steht der Mensch, sowohl bei den Patientinnen und Patienten als auch bei den Mitarbeitenden der über hundert Berufs- und Ausbildungsrichtungen. Die Förderung von Kreativität, Flexibilität und Initiative auf allen Stufen gehört zu den Grundsätzen. Ebenso Aus- und Weiterbildung, Laufbahnplanung und persönliche Entwicklung.

## 1.2.2 Die Notfallstation des KSW

Die Notfallstation des KSW ist interdisziplinär, das bedeutet, wir betreuen Patienten aus verschiedenen Kliniken, ausser Kinder mit medizinischen Problemen und der Gynäcologie. Patienten mit Augenproblemen können wir unter der Woche zur Augenklinik weiter verweisen, an Sonn- und Feiertagen wird der Patient durch den Tagesarzt Chirurgie oder Medizin angeschaut. Patienten mit urologischen Problemen werden hauptsächlich durch den Chirurg begutachtet, aber an Wochentagen besteht die Möglichkeit, dass der Urologe selbst auf den Notfall kommt und den Patienten behandelt.

Auf unserer Notfallstation arbeiten wir im Schichtdienst, das bedeutet 5 verschiedene Dienste; Frühdienst, kurzer Frühdienst, Spätdienst, kurzer Spätdienst und die Nachtwache. Insgesamt arbeiten pro Tag 11 Personen bei uns. Von Montag bis Freitag, ausser an Sonn- und Feiertagen, kommen noch 3 Personen dazu; unser Klinikleiter, die Gipspfleger(in) und unsere Pflegehelferin. Das ganze Team besteht aus 29 Personen, 20 Vollzeit-Mitarbeiter (80- 100 %) und 9 Teilzeit-Mitarbeiter (40 oder 50 %).

## 2 Einleitung

### 2.1 Warum Pflegestandards?

Ich arbeite seit mehr als vier Jahren auf der Notfallstation im Kantonsspital Winterthur. Mir ist in dieser Zeit aufgefallen, dass wir als Team nicht alle auf die selbe Art und Weise arbeiten und Patienten betreuen. Das bringt oft Verwirrung bei den Patienten, dem Pflegepersonal, bei den Aerzten und/oder beim Röntgenpersonal.

Das einheitliche Arbeiten und Betreuen der Patienten ist mir wichtig, deshalb habe ich dieses Thema gewählt.

Die Standards können dem Pflegepersonal Sicherheit vermitteln, da klar definiert ist, wie und wann was gemacht werden muss. Für neue Mitarbeiter(innen), kann es eine Erleichterung bei die Einführung auf unserer Abteilung sein.

#### Eintritte auf den Notfall im Jahr 2002:

Total: 18 604	- Ambulant	10.088 Patienten
	- Teilstationär	1156 Patienten
	- Stationär	6858 Patienten
	- Externe Aufträge	502 Patienten

#### Anzahl Notfälle nach Zuweisung im Jahr 2002:

Total: 18 604	- Andere	111 Patienten
	- Behörde / Polizei	576 Patienten
	- Praktizierender Arzt	3717 Patienten
	- Rettungsdienst	3348 Patienten
	- Selber/Laien	10.593 Patienten
	- Soz. med. Institution	12 Patienten
	- Spitex	4 Patienten
	- Unbekannt	9 Patienten
	- Verlegung Extern	127 Patienten
	- Verlegung Intern	107 Patienten

Anhand dieser Zahlen kann man sehen, wie viele Patienten über den Notfall aufgenommen und wie viele Patienten ambulant behandelt wurden als auch die Notwendigkeit, solche Standards zu erarbeiten. Jedes Jahr erhöhen sich diese Zahlen und daher ist es wichtig, dass die Mitarbeiter(innen) des Notfalls wissen, wie sie arbeiten müssen. Die Pflegestandards werden sie dabei unterstützen. Diese zwei Standards sind die ersten, welche bei uns auf dem Notfall eingeführt wurden und ich hoffe, dass in Zukunft noch mehr erarbeitet werden.

## 2.2 Ziel der Arbeit.

Mein Ziel ist das Erarbeiten von zwei Pflegestandards, einen für die medizinische Klinik und einen für die chirurgische Klinik, um die Pflege auf der interdisziplinären Notfallstation in den beschriebenen Bereichen zu vereinheitlichen. Dadurch kann Verwirrung bei Patienten und in der Zusammenarbeit mit andern Disziplinen oder Diensten verhindert werden.

## 2.3 Art der Arbeit.

Meine Arbeit ist das Resultat eines Projekts, dass ich auf unserem Notfall geleitet habe. Das Projekt besteht aus zwei Pflegestandards, die durch zwei Arbeitsgruppen aufgestellt wurden. Mit dem Einverständnis des Leiters Pflegedienst KSW (Kantonsspital Winterthur) und unserem Leiter Pflegedienst INO (Interdisziplinäre Notfallstation) wurden die Standards dem Team vorgestellt und danach eingeführt.

## 2.4 Vorstellen der Mitarbeiter

Ich habe für diese Arbeit zwei Arbeitsgruppen gebildet, die je an einem Pflegestandard gearbeitet haben. Jede Gruppe bestand aus einer Vollzeit-Mitarbeiterin, einer Teilzeit-Mitarbeiterin, meiner Praktikumsbegleiterin und mir. Der medizinische Pflegestandard wurde durch unserer Oberärztin Medizin kontrolliert und akzeptiert.

Oberärztin Medizin:	Fr. Dr. Ursula Huber
Pflegedienstleiter KSW:	Hr. Matthias Furrer
Pflegedienstleiter INO:	Hr. Renato Ballarini
Praktikumbegleiterin:	Fr. Renate Keller
Vollzeit-Mitarbeiterinnen:	Fr. Corinne Küffer Fr. Beatrice Müller
Teilzeit-Mitarbeiterinnen:	Fr. Romy Capaul-Sommer Fr. Elvira Rüdüsüli

## 2.5 Adressaten

Diese Arbeit ist an alle gerichtet, die Interesse haben oder sich mit dem Thema auseinandersetzen möchten. Es wurde aber speziell für die Mitarbeiter der Notfallstation des Kantonsspitals Winterthur geschrieben.

In dieser Arbeit wird von „die Pflegenden“ und „der Patient“ gesprochen, damit werden auch der Pflegenden und die Patientin gemeint.

Ich möchte hierzu die Gelegenheit benutzen, allen Personen, die mir bei dieser Arbeit geholfen haben oder beteiligt waren, ganz herzlich zu danken.

## 3 Pflegestandard

### 3.1 Was sind Pflegestandards

Frau Adelheid Stösser hat Pflegestandards untersucht und alles in ihrem Buch „Pflegestandards“ sehr gut beschrieben: den Begriff, die Typen und die Richtlinien für Pflegestandards. Ich habe für meine Arbeit das wichtigste aus ihrem Buch entnommen und in einer verkürzten Version, aber trotzdem wörtlich, wiedergegeben. Es ist ihre Meinung und ich teile die gleiche Meinung.

#### 3.1.1 Begriff Pflegestandard

Zitat aus ihrem obenerwähnten Buch:

„Pflegestandards sind allgemein gültige und akzeptierte Normen, die den Aufgabenbereich und die Qualität der Pflege definieren.

Pflegestandards legen themen- oder tätigkeitsbezogen fest, was die Pflegepersonen in einer konkreten Situation generell leisten wollen / sollen, und wie diese Leistung auszusehen hat.“

## 3.1.2 Drei Standardtypen

Zitat aus ihrem Buch:

„In der Pflege unterscheiden sich drei Standardtypen:

- ❖ **Strukturstandards** beschreiben die Voraussetzungen/Rahmenbedingungen, unter denen die Pflege zu erbringen ist,
  - zB. Organisationsform, Materialien, Personalbedarf, Kompetenzabgrenzung, räumliche Erfordernisse, Zeit.
  
- ❖ **Prozessstandards** beschreiben Art und Umfang des pflegerischen Handelns. Orientiert an der pflegerischen Zielsetzung legen sie den Qualitätsanspruch fest,
  - zB. generelle Problemstellung – Zielsetzung – Massnahmenplan (Standardpflegepläne), Beschreibung einzelner Massnahmen (Handlungsabläufe), Auflistung von Massnahmen (Aufgabenspektrum).
  
- ❖ **Ergebnisstandards** geben vor, was durch pflegerische Intervention erreicht werden soll. (Pflegeziele = geplantes Ergebnis). Es werden generell Pflegeziele festgelegt, anhand derer das Pflegeergebnis am Patientenzustand im Ist-Soll-Vergleich bewertet werden kann.

Da Struktur-, Prozess- und Ergebnisstandards voneinander abhängen, ist es bei der Erstellung von Pflegestandards sinnvoll, diese drei Komponenten in den jeweiligen Standard einfließen zu lassen.

Was die Pflegeperson vor Ort von Standards erwartet, ist eine rasche Orientierung über das, was in einer bestimmten Situation wesentlich und notwendig ist.“

### 3.1.3 Pflegestandards Richtlinien

Zitat aus ihren Buch:

- ❖ „Standards sollten der Erreichung eines festgelegten Ziels dienen. Der Zweck von Standards besteht darin, die Qualität von Dienstleistungen festzulegen.
- ❖ Standards sollten auf klaren Definitionen von beruflicher Tätigkeit und Verantwortung beruhen.
- ❖ Standards sollten die grösstmögliche Entwicklung des Berufs im Einklang mit seinem potentiellen gesellschaftlichen Beitrag fördern.
- ❖ Standards sollten umfassend und flexibel genug sein, um ihren Zweck zu erfüllen und gleichzeitig Freiraum für Innovation, Wachstum und Veränderung zu ermöglichen.
- ❖ Standards sollten ein allgemein gleiches Niveau der Berufsausübung fordern und zu beruflicher Identität und Beweglichkeit ermutigen.
- ❖ Standards sollten die Gleichberechtigung und gegenseitige Abhängigkeit der Berufsgruppen anerkennen, die unentbehrliche Dienstleistungen anbieten.
- ❖ Standards sollten so formuliert werden, dass im Beruf ihre Anwendung und Nutzung erleichtert wird.“

„Vieles, was sich in der Pflege fehlentwickelt hat, ist nicht bewusst oder mit Absicht geschehen. Jeder möchte eine gute Pflege leisten. Deshalb hilft es auch niemandem weiter, wenn wir uns wie bisher gegenseitig mit Schuldzuweisungen bedecken. Statt die Kraft mit gegenseitigen Schuldzuweisungen zu vergeuden, sollte man sich diesen Mechanismus vor Augen führen und im allseitigen Interesse überlegen, mit welchen Massnahmen dieser Teufelskreis am wirksamsten unterbrochen werden kann.“

## 3.2 Projektvorbereitung

Nachdem ich die benötigten Mitarbeiter für die Arbeitsgruppen gefragt habe, ob sie mit mir den Pflegestandard erarbeiten möchten, haben wir gemeinsame Termine gesucht. Jede Gruppe brauchte zwei oder drei Nachmittage, um den Pflegestandard aufzustellen.

Als erster wurde der medizinische Pflegestandard erarbeitet. Wir haben uns auf den Thoraxschmerz geeinigt, weil das eine häufig vorkommende Eintrittsdiagnose ist. Schnelles und korrektes Handeln ist nötig. Nach zwei Terminen war dieser aus pflegerischer Sicht parat und wurde dann der Oberärztin, Fr. Dr. Huber, vorgestellt. Wir hatten zwei Aspekte in den Standard aufgenommen, die auf unserem Notfall neu eingeführt wurden: das Medikamentenplateau und die Schmerz-Skala. Mit den Anregungen und Wünschen der Oberärztin haben wir während des 3. Termins den medizinischen Pflegestandard korrigiert und danach war er bereit für die Einführung.

Mit der zweiten Gruppe haben wir den chirurgischen Pflegestandard aufgestellt, und wir konzentrierten uns auf Bagatellunfälle, weil dieses Thema durch das Notfallteam heute in der Praxis zu unterschiedlich behandelt wird und wir eine einheitlichere Behandlung festlegen wollten. Nach zwei Terminen war der Pflegestandard aus pflegerischer Sicht bereit. Weil wir gerne diesbezüglich zusätzlich noch weiteres einführen wollten, benötigten wir dazu das Einverständnis und die Mitarbeit des Chefarztes Chirurgie. Leider hat das nicht funktioniert und dadurch sind wir gezwungen gewesen, darauf zu verzichten.

Beide Pflegestandards wurden durch den Leiter Pflegedienst KSW und durch den Leiter Pflegedienst INO akzeptiert, wodurch ich die Standards in der Praxis einführen könnte.

Zahl der Patienten-Eintritte mit Thoraxschmerzen oder einem Bagatellunfall und deren nötige Betreuung:

- ❖ Verstauchung und Zerrung des oberen Sprunggelenks
  - Total: 256 Patienten
    - ◆ Ambulante Behandlung: 256 Patienten
    - ◆ Nachkontrolle: 1 Patient
  
- ❖ Hautabszess, Furunkel, Karbunkel oder Phlegmone
  - Total: 50 Patienten
    - ◆ Ambulante Behandlung: 36 Patienten
    - ◆ Teil-Stationär: 14 Patienten
    - ◆ Nachkontrolle: 5 Patienten
  
- ❖ Offene Wunde des Armes, Handgelenkes oder Finger
  - Total: 752 Patienten
    - ◆ Ambulante Behandlung: 706 Patienten
    - ◆ Teil-Stationär: 46 Patienten
    - ◆ Nachkontrolle: 13 Patienten
  
- ❖ Offene Wunde des Kopfes
  - Total: 701 Patienten
    - ◆ Ambulante Behandlung: 690 Patienten
    - ◆ Teil-Stationär: 11 Patienten
    - ◆ Nachkontrolle: 1 Patient
  
- ❖ Brustschmerzen oder Präkordiale Schmerzen
  - Total: 245 Patienten
    - ◆ Ambulante Behandlung: 202 Patienten
    - ◆ Teil-Stationär: 43 Patienten

Obige Zahlen entsprechen nur einem Teil der Eintritte die im Jahr 2002, mit diesen Eintrittsdiagnosen zu uns auf den Notfall gekommen sind. Leider war es nicht möglich, alle Zahlen aus den Statistiken hervor zu rufen.

### 3.3 Umsetzung in die Praxis

Als erstes wurde der medizinische Pflegestandard während einer Teamsitzung vorgestellt. Alle wichtigen Punkte wurden von mir erklärt und jeder bekam ein eigenes Exemplar. Auf der Abteilung wurde in jedem Zimmer ein Schmerz-Skala-Blatt auf A3-Format hingelegt. Damit kann jeder von uns dem Patient den Gebrauch der Skala erklären und ihn den Schmerz mit einem Gesicht oder Ziffer beschreiben lassen.

In einem der Schränke auf dem Notfall wurde ein Plateau mit allen benötigten Medikamenten für einen Patient mit Thoraxschmerz eingerichtet (siehe auch Inventarliste 3.4.2).

In der nächsten Teamsitzung, einen Monat später, wurde der chirurgische Pflegestandard vorgestellt und jeder bekam wieder ein eigenes Exemplar. Dabei wurde das wichtigste erklärt und auf die Wundversorgungs-Richtlinien aus dem Weisungsordner des KSW hingewiesen.

Für die Mitarbeiter die nicht bei der Teamsitzung dabei gewesen sind, wurde ein Exemplar persönlich abgegeben und bei Fragen konnte jeder sich an mich wenden.

In der nächsten Teamsitzung, nochmals einen Monat später, habe ich um Feedback gebeten und informiert, wie die Erfahrungen meiner Kollegen mit den beiden Pflegestandards sind. Darüber werde ich in der Zielüberprüfung (Kapitel 4) und in meiner Reflexion (Kapitel 5) mehr berichten.

## 3.4 Medizinischer Pflegestandards

### 3.4.1 Pflegestandard: Patienten mit Thoraxschmerz

**Bezeichnung:** Pflegestandard: Patienten mit Thoraxschmerz

**Klinik / Station:** Interdisziplinäre Notfallstation

**Problemstellung:** Unsicherheit und keine Einheit bei der Pflege von Patienten mit Thoraxschmerz, wodurch grosser Zeitverlust entsteht.

**Ziel:** Sicherheit und Einheitlichkeit bei der Pflege von Patienten mit Thoraxschmerz.  
Verhinderung von Komplikationen und Verschlimmerung der Krankheit.  
Gezielte Schmerzbekämpfung.

**Voraussetzungen:  
(Strukturkriterien)**

1. Bei Entgegennahme des Patienten stehen zur Verfügung: zwei Pflegende und der Assistenz-Arzt pro Notfallzimmer.
2. Die Pflegepersonen haben Kenntnis von den Grundsätzen und Massnahmen bei der Pflege des Patienten mit Thoraxschmerz.
3. Das Zimmer muss mit einem Monitor, Sauerstoffanschluss, Verbandswagen und eventuell Absauggerät ausgerüstet sein.
4. Auf der Notfallstation steht ein Plateau bereit, eingerichtet mit Medikamenten für Patienten mit Thoraxschmerz. (siehe Erklärung in 3.4.2)

5. Es liegen im Stationszimmer Nachschlagewerke und Hilfsmittel vor, um Wissensdefizite bezüglich der Pflege von Patienten mit Thoraxschmerz, zu decken, sowie Notfallorder, EKG-Buch, Monitorbuch und Medikamenten-Kompendium.

**Vorgehen:  
(Prozesskriterien)**

6. Bei Voranmeldung des Patienten durch den Rettungsdienst oder den Hausarzt bereitet die Pflegenden das notwendige Material vor. Dazu gehört das Medikamentenplateau für Thoraxschmerz und eine Glukose-Infusion.

7. Beim Eintritt des Patienten mit Thoraxschmerz:

zuständige Pflegeperson(en)

Koordination

- |  |   |
|--|---|
| a. Ins Zimmer begleiten.   | A. Sofort bei Eintritt des Patienten den Assistenz-Arzt informieren und notfallmässig das EKG-Personal bestellen.   |
| b. Vorstellen der Pflegenden und Ersteinschätzung des Zustands des Patienten mit der ABCDE-Regel (siehe Erklärung in 3.4.4). Schmerz? Wie stark? Seit wann? Schmerz-Skala? (siehe Erklärung in 3.4.3), Mit Ausstrahlung? Atemnot? Medikamente genommen?. | B. Betreuung der Angehörigen, die ausserhalb des Zimmer warten.<br>C. Im Absprache mit der zuständige Pflegeperson organisiert der Koordinator das Röntgen. |
| c. Ruhe vermitteln und nach Absprache die Angehörigen Draussen warten lassen.  | D. Eventuelle weitere Behandlung auf der Intensiv-Station oder Abteilungszimmer organisieren und abwickeln.   |
| d. Patient ablegen und nach Bedürfnis Oberkörper in 45° Lagern.  |   |
| e. Sauerstoff verabreichen.  |   |
| f. Monitorisierung.  |   |
| g. EKG schreiben.  |   |

- h. Oberkörper freimachen und Infusion mit Blutentnahme machen.
- i. Restliche Kleider ausziehen und zudecken.
- j. Aufnahme der Personalien.
- k. Verordnungen des Arztes ausführen.
- l. Immer wieder den Zustand des Patienten überprüfen und nachfragen. (durch die ABCDE-Regel anzupassen) siehe Punkt b.

8. Uebertritt des Patienten auf die Intensiv-Station:

- Eine Pflegende und der zuständige Assistenz-Arzt fahren den monitorierten Patienten mit Sauerstoff versorgt auf die Intensiv-Station.
- Die Pflegende ist für den Ambu-Beutel, ein Telephon, die vollständigen Unterlagen und die benötigten Medikamente verantwortlich.
- Der Patient wird immer mit Monitorüberwachung umgebettet. Bei der Übernahme vom Rettungsdienst und bei der Übergabe auf der Intensiv-Station.

**Resultate:  
(Ergebniskriterien)**

- 9. Einheitlicher Umgang von Patienten mit Thoraxschmerzen.
- 10. Ruhige Umgebung schaffen.
- 11. Schmerz- und angstfreier Patient.
- 12. Die Erstversorgung ist in einem angemessenen Zeitraum (circa 20 Minuten) abgelaufen.

**Literatur:**

„Pflegestandards“ von Adelheid von Stösser.  
Verlag: Springer, Berlin  
Jahr: 1994, 3. Auflage

Unterlagen der Pflegediensts vom Kantonsspital  
Winterthur:

- Qualitätsstandard
- Konzeptuelle Überlegungen für das Arbeiten mit  
Pflegestandards
- Qualitätssicherung und Kriterien.
  - o Alle drei Berichte sind durch Hr. Erich Lustig  
im 1998 erarbeitet, speziell für das  
Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe.

Unterlagen von Dr. Osterwalder des Kantonsspital  
St.Gallen:

- ABCDE-Regel.

### 3.4.2 Inventarliste der Medikamenten- Plateau für Patienten mit Thoraxschmerz

Anhand von Punkt 4 aus dem Pflegestandard (Voraussetzungen) wurde ein Plateau zusammen gestellt, mit allen benötigte Medikamenten darauf, die der Patient mit Thoraxschmerz bei Bedarf bekommen kann.

10 x	Aspegic Amp. à 500 mg.
Schachtel	Beloc Amp. à 5 mg.
10 x	Beloc zoc Tabletten à 50 mg.
Schachtel	Fragmin Spritze à 2500 IE
Schachtel	Fragmin Spritze à 5000 IE
Schachtel	Fragmin Spritze à 7500 IE
Schachtel	Fragmin Spritze à 10.000 IE
Schachtel	Fragmin Spritze à 12.500 IE
Schachtel	Fragmin Spritze à 15.000 IE
Schachtel	Krenosin Amp. à 6 mg.
Schachtel	Lasix Amp. à 20 mg.
10 x	Nitrodermpflaster TTS 10
10 x	Nitroglycerin Kapseln
1 x	Nitroglycerin Spray
Schachtel	Perlinganit Amp. à 50 mg

Morphin Ampullen bleiben im Giftschränk.  
Der Reanimationswagen muss in der Nähe stehen.

### 3.4.3 Schmerz-Skala

Ein Instrument zur Beurteilung der Schmerzintensität beim Notfalleintritt und dessen Entwicklung, auch nach Medikamentengabe, während des Aufenthalts. (siehe Punkt 7.b aus der Pflegestandard 3.4.1 (Vorgehen))

Den Schmerz-Skala sieht so aus:



Es gibt zwei Skalas, nämlich 0 bis 10 und 0 bis 100-Skala. Wir arbeiten bei uns auf dem Notfall mit der kleinen Skala, 0 bis 10.

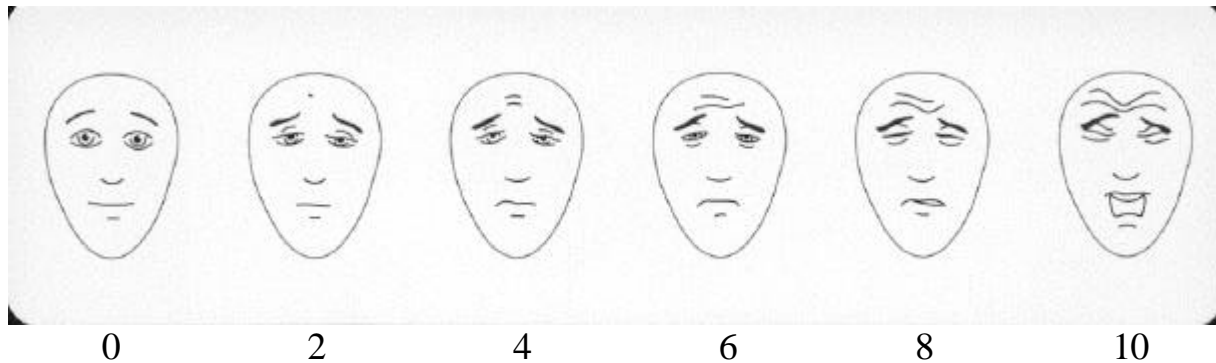
#### Wie arbeitet man mit der Schmerz-Skala:

Auf der Skala bedeute

- 0: der Patient hat keinen Schmerzen
- 10: der Patient hat die schlimmsten Schmerz, die er sich vorstellen kann.

Die Punktwahl liegt in der Entscheidung des Patienten und die Pflegende notiert den Wert auf dem Überwachungsblatt.

Die Schmerz-Skala, speziell für Kinder entworfen, sieht so aus:



0 = keine Schmerzen bis 10 = sehr sehr starke Schmerzen.

Um die Schmerzen bei Kindern ab 4 Jahren zu messen, beachten Sie bitte die folgenden Schritte:

- Dieses Gesicht zeigt jemand der kein Weh hat.  
( zeigen Sie auf das Gesicht ganz links)
- Diese Gesichter zeigen jemand der immer meht Weh hat  
( zeigen Sie auf jedes Gesicht von links nach rechts)
- Dieses Gesicht zeigt jemand der sehr sehr fest Weh hat  
( zeigen Sie auf das Gesicht ganz rechts)
- „Zeige mir das Gesicht, dem es genauso weh tut wie Dir“

Benutzen Sie keine Wörter wie „zufrieden“ oder „traurig“. Diese Skala dient der Messung, was Kinder oder Erwachsene empfinden und nicht, was für einen Gesichtsausdruck sie haben. Beurteilen Sie den Wert der Schmerzmessung.

### 3.4.4 Die ABCDE-Regel.

Bei jedem Patienten wird die Situation nach der ABCDE-Regel beurteilt und entsprechend auch gehandelt. (siehe Punkt 7.b aus der Pflegestandard 3.4.1 (Vorgehen))

A = Ansprechbarkeit.  
Alarmierung.  
Atemwege frei.

B = (Be)-Atmung.

C = Circulation.                   - Pulse ?  
  - Farbe ?  
  - Feuchtigkeit ?  
  - Temperatur ?  
  - Externe Blutung ?

D = Diagnose.                   - ACLS = Advanced Cardiac  
  Life Support  
  - Kardiovaskulär / Pulmonal

E = Evaluation.                 - Intoxikationen / Metabolisch  
  - Infektionen / H<sub>2</sub>O /  
  Elektrolyte  
  - ATLS = Aktivität Tägliches  
  Leben  
  - usw

Erkennung und Beseitigung einer Vitalgefährdung hat oberste Priorität. Atmung, Puls, Blutdruck, äussere Blutungen, Temperatur und Hautfarbe sind ohne technische Hilfsmittel schnell und sicher beurteilbar.

Eine erste Beurteilung wird bei der Begrüssung gemacht, z.B. durch einen Händedruck, wobei die Feuchtigkeit, Temperatur und Farbe festgestellt wird.

Eine einfache Tätigkeit wie diese ist ein Bestandteil der Beurteilung, die zu sofortigen Massnahmen führen kann.

Bei einer Verschlechterung des Zustands geht man wieder zurück zu A.

## 3.5 Chirurgische Pflegestandards

### 3.5.1 Pflegestandard: Bagatellunfälle

**Bezeichnung:** Pflegestandard: Patienten mit Bagatellunfällen.

**Klinik / Station:** Interdisziplinäre Notfallstation.

**Definition Bagatell:** Im Moment nicht lebensbedrohlicher Zustand oder Verletzung.

Dazu zählen wir:

- Distorsion / Kontusion
- Wunden
- Fremdkörperverletzungen
- Zeckenbiss
- Spritzenabszess

**Problemstellung:** Unsicherheit und keine Einheit bei der Pflege von Patienten mit Bagatellunfällen. Durch den nicht bedrohlichen Zustand entstehen teilweise lange Wartezeiten, wobei die Schmerzbekämpfung vernachlässigt wird.

**Ziel:** Sicherheit und Einheit bei der Pflege von Patienten mit Bagatellunfällen.  
Gezielte Schmerzbekämpfung.  
Verhinderung von Komplikationen des Bagatellunfalls.

**Voraussetzungen:  
(Strukturkriterien)**

1. Bei Eintritt des Patienten beurteilt eine Pflegenden den Schweregrad der Verletzung, anhand der ABCDE-Regel (siehe Erklärung in 3.5.4).
2. Die Pflegepersonen haben Kenntnis über die Grundsätze und Massnahmen bei der Pflege eines Patienten mit Bagatellunfall.
3. Der Patient hat die Möglichkeit, seinem Befinden gemäss auf ärztliche Behandlung zu warten.  
Dazu gehören Sitz- und Liegemöglichkeiten und ein Alarmsystem.
4. Auf der Notfallstation steht ein Zimmer für Wundversorgung zu Verfügung.
5. Die Patienten werden mit einer Informationstafel darauf aufmerksam gemacht, während der Wartezeit nicht mehr zu essen und zu trinken.
6. Es liegen Nachschlagewerke und Hilfsmittel vor bezüglich der Pflege von Patienten mit Bagatellunfällen im Stationszimmer.  
Notfallordner, EKG-Buch, Monitorbuch und Medikamenten-Kompendium.
7. In der Organisation der Notfallstation sind Weiterbildungen bezüglich Bagatellunfällen möglich.

**Vorgehen:  
(Prozesskriterien)**

8. Der Koordinator begrüsst den Patienten und beurteilt die Verletzung und das Befinden.
9. Der Koordinator weist dem Patienten einen Platz zum warten oder ein Untersuchungszimmer zu.
10. Der Patient wird einem Pflegenden zugeteilt.
11. Personalien werden aufgenommen und die Erstversorgung, nach Abklärung von eventuellen Allergien, wird gemacht.

- a. Erstversorgung bei Distorsion / Kontusion.
  - Freilegung der verletzten Extremität.
  - Hochlagerung der verletzten Extremität.
    - Kissen auf einen zweiten Stuhl, falls Patient sitzt.
    - Bettende hochstellen, wenn Patient liegt.
  - Eis auflegen.
  
- b. Erstversorgung bei Wunden. ( Schnittverletzungen, Riss-Quetsch-Wunden )
  - Entfernen von altem Verband, ausgenommen bei bekannten arteriellen Blutungen.
  - Umgebung der Wunde reinigen mit Ringerlactat-Spüllösung.
  - Wunde steril abdecken.
  - Bei Bedarf eine Druckbandage anlegen.
  - Starrkrampf-Impfstatus abklären und wenn nötig nachimpfen.
  
- c. Erstversorgung bei Fremdkörper(-verletzungen).
  - Bei offenen Fremdkörperverletzungen muss der Starrkrampf-Impfstatus abgeklärt werden und wenn nötig nachgeimpft werden, ausgeschlossen sind die Augenverletzungen.
  - Wenn vorhanden, entfernen von altem Verband.
  - Eintrittspforte reinigen mit Ringerlactat-Spüllösung und steril abdecken.
  - Bei Fremdkörper in Körperöffnungen, z.B. eine Murmel in der Nase oder dem Ohr, beschränkt sich die Pflege-Massnahmen auf die Betreuung des Patienten.
  
- d. Erstversorgung bei Zeckenbiss.
  - Der Starrkrampf-Impfstatus wird abgeklärt und wenn nötig nachgeimpft.
  - Die Pflege-Massnahmen beschränken sich auf die Betreuung des Patienten.
  
- e. Erstversorgung bei Fixerabszess.
  - Der Starrkrampf-Impfstatus wird abgeklärt und wenn nötig nachgeimpft.
  - Die Pflege-Massnahmen beschränken sich auf die Betreuung des Patienten.
  - Bei offenen Abzessen reinigen mit Ringerlactat-Spüllösung und steril abdecken.

12. Schmerzbeurteilung nach Schmerz-Skala (siehe Erklärung in 3.5.3) und die Pflegende kann bei Bedarf Schmerzmedikamente geben.
13. Der Patient wird durch die verantwortliche Pflegende während den Abklärungen weiter betreut.
14. Die Pflegende macht den Patienten nochmals darauf aufmerksam, nicht mehr zu essen und zu trinken, bis das Procedere festgelegt ist.
15. Je nach Procedere ist es die Aufgabe des Pflegenden, einen korrekten Verband anzulegen.  
(siehe Wundversorgung-Richtlinien in 3.5.2)
16. Im Fall einer Entlassung erkundigt sich die Pflegende, ob der Patient die Nachbehandlung verstanden hat und ob er Unterstützung braucht, um seine Heimkehr zu organisieren.  
(Eventuelle Schmerzmedikamente mitgeben, Dienst-Apotheke mitteilen, Hausarzt- oder Poli-Termin abklären ).
17. Bei stationärem oder teil-stationärem Aufenthalt im Spital organisiert die Pflegende an der Koordination ein entsprechendes Bett.  
Die verantwortliche Pflegende führt die Verordnungen des Arztes aus und verlegt den Patienten auf die betreffende Station.

**Resultate:** 18. Einheitlicher Umgang von Patienten mit  
**(Ergebniskriterien)** Bagatellunfällen.

19. Schmerzfreier Patienten.
20. Gut betreute und informierte Patienten.

**Literatur:** „Pflegestandards“ von Adelheid von Stösser.  
Verlag: Springer, Berlin  
Jahr: 1994, 3. Auflage

Unterlagen der Pflegediensts von Kantonsspital Winterthur:

- Qualitätsstandard.
- Konzeptuelle Überlegungen für das Arbeiten mit Pflegestandards.
- Qualitätssicherung und Kriterien.
  - o Alle drei Berichte sind durch Hr. Erich Lustig im 1998 erarbeitet, speziell für das Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe.

Unterlagen von Dr. Osterwalder des Kantonsspital St.Gallen:

- ABCDE-Regel.
- Bagatellunfälle.

Unterlagen der Wundbehandlung aus dem Ordner „Allgemeine pflegerische Weisungen“ des Kantonsspital Winterthur durch Fr. C. Guidese, erarbeitet März 2000.

- Wundversorgungs-Richtlinien.

## 3.5.2 Wundversorgungsrichtlinien.

Anhand von Punkt 15 aus dem Pflegestandard (Vorgehen) habe ich die Richtlinien, die in unserem Spital festgelegt und durch Frau Christine Guidese erarbeitet worden sind, zitiert. Ich habe es verkürzt und nur das wichtigste für den Pflegestandard herausgenommen, aber trotzdem wörtlich übernommen:

„Durch phasengerechte Versorgung der Wunde muss gewährleistet sein, dass die Selbstheilungskräfte des Körpers aktiviert werden. Zielsetzung ist es, die Wunde vor schädigenden Einflüssen zu schützen und ein optimales Wundklima zu schaffen für die rasche Wiederherstellung von Funktion und Form der verletzten Struktur.

Der Verband ist eines der ältesten Therapeutika. Heute steht eine Vielzahl verschiedener Verbandmaterialien zur Verfügung. Daraus kann man für jede Wunde den geeigneten Verband auswählen. Beispiele sind Hydrokolloide, Polyuretanschaum, Hydrogele, Alginate und viele mehr.

### Der Verband übernimmt Schutzfunktion vor:

- Wärmeverlust
- Austrocknung
- Eindringen von Mikroorganismen
- Mechanischen Einflüssen
- Verschmutzung

### Weitere wichtige Aufgaben und Eigenschaften:

- Sekret absorbieren
- Den Gasaustausch ermöglichen
- Sterilität
- Erhaltung der Wundruhe
- Nicht hindernd
- Schmerzlosigkeit
- Stabilität

### Feuchte Wundbehandlung

Die Grundvoraussetzung für das Zellwachstum in einer Wunde ist die Feuchtigkeit, das heisst das Wundsekret. Die zur Gewebeneubildung sich teilenden Zellen brauchen das Wundsekret als wässriges Medium. Darin sind Substanzen gelöst (Zucker, Aminosäuren, Elektrolyte und Vitamine) die für den Zellstoffwechsel sehr wichtig sind.

Das Wundsekret dient auch als Transportmedium für Moleküle wie z.B. Enzyme, Hormone und verschiedene Zellen des Immunsystems. Alle diese Substanzen im Wundgebiet „kommunizieren“ miteinander, so dass der Heilungsprozess koordiniert ablaufen kann. Für die feuchte Wundbehandlung werden semiokklusive Verbandmaterialien verwendet, die für Wasserdampf und Sauerstoff durchlässig sind.

### Wichtige Punkte zum Durchführen eines Verbandwechsels

Das Wechseln des aseptischen Verbandes umfasst alle Bemühungen, Krankheitskeime von primär aseptischen Wunden fernzuhalten. Eine geschlossene, reizlose Operationswunde muss nach der ersten postoperativen Wundkontrolle nicht mehr verbunden werden. Der erste Verbandwechsel erfolgt meistens am 4. postoperativen Tag. Nach Fadenentfernung Wunde nochmals 24 Stunden abdecken.

Das Wechseln des septischen Verbandes umfasst alle Massnahmen, die darauf hinzielen, bereits vorhandene Bakterien in einer Wunde zu bekämpfen, eine Verschleppung dieser Bakterien und ein Hinzukommen weiterer Keime zu verhindern.

### Verbandswechsel-Technik

Vorbereitung:

- Material nach Verbandwechsel-Blatt oder Pflegeplanung richten
- Bei bakteriell besiedelten Wunden zusätzlich eine Plastikschrürze richten

Arbeitsplatz einrichten:

- Patient soll wenn immer möglich im Blickfeld der Pflegenden sein
- Arbeitsweg möglichst kurz halten

Durchführung:

- Hände desinfizieren
- Sterile Fläche vorbereiten und Material auspacken:

Verbandwechsel ohne Verbandset:

Tupfer-/Longuettenpäckchen öffnen. Bei sterilen Tupfern/Longuetten, welche in Kombibeuteln verpackt sind besteht die Möglichkeit, die plastifizierte Unterseite als Unterlage zu verwenden. Sonst die Tupfer/Longuetten in einer Abdampfschale einzeln befeuchten.

Verbandwechsel mit Verbandset:

Sterile Fläche richten, Material sinnvoll plazieren, Verbandwechselset nahe beim Patienten auf die sterile Fläche setzen, Achtung Verbandwechselset ist aussen nicht steril! Tupfer aus dem Verbandset eventuell ergänzen, Tupfer in den einzelnen Fächern befeuchten.

- ❖ unsterile Handschuhe zur Entfernung des Verbandes anziehen, Verband entfernen, Handschuhe ausziehen, die Hände desinfizieren und neue Handschuhe anziehen.
- ❖ Wunde reinigen
  - Desinfizieren der Wundnaht mit Kodan nur noch vor und nach Fadenentfernung.
- ❖ Pinzette, die zur Wundreinigung benutzt worden ist, wegwerfen.
- ❖ Wunde frisch verbinden:
  - damit nach aussen keine feuchte Strasse entstehen kann (Absorptions verband, TEAM-System)
  - damit die Wunde geschützt ist (Polsterwatte)
  - möglichst keine unnötigen Bewegungseinschränkungen bewirken (Pflaster/Binden über Gelenke anpassen)
- ❖ Wenn zuwenig Material auf die sterile Fläche vorbereitet worden ist, müssen beim Griff ins Fach/Verbandwagen die Hände desinfiziert werden.

Aufräumen:

- Abfallsack im Zimmer verschliessen
- Flächen mit Buraton liquide abreibe
- Sterilgut im Schrank versorgen oder für nächsten Verbandwechsel brauchen
- Gebrauchte Instrumente einlegen
- Hände desinfizieren.

Anwendung der Produkte alleine und miteinander kombinierbar

Alleine:

OpSite-Folie

Indikation:

- prophylaktisch: bei geröteten Hautverhältnissen
  - z.B. Steissbein, Ellbogen
- granulierendes / epithelisierendes Gewebe
  - z.B. Verbrennungen
- lindert Juckreiz bei trockenen Ekzemen
  - z.B. Neurodermitis
- kann als Wundvorlage dienen
  - z.B. Wunde auf Folie abzeichnen und in den Pflegedokumenten aufbewahren.

Anwendung:

- Wundumgebung nicht mit Öl / und fetthaltigen Produkten behandeln
- Wundumgebung eventuell mit Benzin entfetten
- OpSite-Folie soll 3 - 5 cm über den Wundrand hinausragen (bessere Haftung)
- OpSite-Folie kann bis zu 14 Tage auf der Wunde belassen werden.

Entfernen der Folie:

- mit einer Hand Druck auf Wunde geben, mit der anderen Hand in die Gegenrichtung der Folie ziehen
- Folie löst sich so schmerzlos und problemlos auch in behaarten Gebieten

Allgemeines:

Wenn sich unter der OpSite-Folie Wundexsudat ansammelt und sich eine Blase bildet, kann man diese punktieren:

- OpSite-Folie mit Betadine desinfizieren (keine alkoholhaltigen Produkte verwenden)
- Blase mit einer feinen Nadel punktieren
- Punktionsstelle mit OpSite-Folie abdecken.

Kombiniert:

OpSite-Folie / Askina-Gel / Gazen oder Longuetten

Indikation:

- nekrotischer Schorf
- belegte Wunden

Anwendung:

Schorflösende Wirkung:

- Den Askina-Gel circa 5 mm dick auf die nekrotische Stelle applizieren
- mit einem sterilen Spatel den Gel auf dem nekrotischen Gewebe verteilen
- Wunde mit einer sterilen OpSite-Folie abdecken
- 1 mal täglich verbinden

Belaglösende Wirkung:

- den Gel circa 1 – 2 mm dick auf die belegte Wundstelle applizieren
- mit einem sterilen Spatel auf die belegten Stellen verteilen
- Wunde mit einer sterilen OpSite-Folie abdecken
- 1 mal täglich verbinden.

Tipp:

Wenn viel Wundexsudat produziert wird, kann über den Askina-Gel eine Gaze / Longuette eingelegt werden. Diese saugt das Exsudat auf.

Achtung:

Die longuette nur auf die Wundfläche legen, nicht über den Wundrand hinaus.

Allgemeines:

- Askina-Gel ist bei Raumtemperatur 3 Tage haltbar
- Nach jedem Verbandswechsel Wundbeschreibung dokumentieren
- wenn der Gel in Kontakt mit der Wunde kommt, kann für kurze Zeit (circa 10 Minuten) ein brennender Schmerz auftreten.

## Allevyn ( Wundplatte) / OpSite-Folie

### Indikation:

- exsudatabsorbierende, granulierende Wunden

### Anwendung:

- die Wunde mit Ringer reinigen
- Wundplatte so wählen, dass sie über den Wundrand hinausragt
- weisse, gemusterte Seite auf Wunde legen
- Deckblatt (hautfarbene Seite) ist mit einer semi-permeablen Folie überzogen und muss nicht mehr abgedeckt werden
- Plattenränder mit einer unsterilen OpSite-Folie (ab Rolle) abdecken
- der Verbandswechsel richtet sich nach der Feuchtigkeit der Wunde
- der Verband kann maximal bis zu 7 Tagen belassen werden.

### Allgemeines

- bilden sich auf der Wundplatte Blasen (als weisse Ringe sichtbar) ist es Zeit, den Verband zu wechseln (Platte ist vollgesogen)
- ist die Wunde belegt und stark exsudierend, so kann Allevyn mit Askina-Gel und Longuetten kombiniert werden:
  1. Wunde reinigen
  2. Askina-Gel applizieren
  3. eventuell Longuette einlegen
  4. Allevyn auf die Wunde legen
  5. Plattenränder fixieren

Algisite M (Alginatkomresse und –Tamponade) / OpSite-Folie

Indikation:

- tiefe bzw. zerklüftete Wunde mit mässiger bis starker Exsudation
- oberflächliche Wunden mit sehr starker Exsudation
  - z.B. Decubitis, Ulcus Cruris

Anwendung:

Oberflächliche Wunden:

- Wundfläche mit Ringer reinigen
- Alginatkomresse auf Wundgrösse zuschneiden, Wunde damit belegen
- Alles mit steriler OpSite-Folie abdecken

Wundhöhlen:

- Wundhöhle mit Ringer spülen
  - z.B. mit Knopfkanüle oder 1mal Frauenkatheter
- Wundhöhle locker mit Alginatkompressen füllen, nur soviel wie nötig sind, um das Wundsekret aufzusaugen
- bei tiefen, engen oder zerklüfteten Stellen Alginat-tamponaden verwenden
  - Vorsicht: Nicht in zu enge Gänge stopfen und immer ein Stück vorstehen lassen, damit die Tamponade auch wieder entfernt werden kann.
- Alles mit steriler OpSite-Folie abdecken

Häufigkeit des Verbandwechsels:

- der Verbandwechsel richtet sich nach der Feuchtigkeit der Wunde
- kann maximal bis zu 7 Tagen belassen werden.

Allgemeines:

- Wunde nicht ausstopfen! !
- Kein Askina-Gel verwenden, da diese Wunden genügend Feuchtigkeit haben
- bei einer Wunde die viel Exsudat produziert kann zusätzlich über die Alginatkompressen eine Allevyn Wundplatte gelegt werden und zum Abdecken unsterile OpSite-Folie benutzen

Kontraindikation:

- trockene bzw. schwach exsudierende Wunden, da der Verband mit der Wunde verklebt.

Hydrokolloid-Wundverband Replicare Ultra

Indikation:

- Eher oberflächliche, schwach bis mässig exsudierende Wunden
- zum Abdecken von Schürfwunden
- als Dekubitusprophylaxe

Anwendung:

- Anzuwenden wie OpSite-Folie oder Allevyn, kann mit anderen Produkten des Team-Systems kombiniert werden( Askina, Algisite )
- kann angewendet werden als Zwischenstufe, wo OpSite-Folie zuwenig und Allevyn zuviel wäre
- Häufigkeit des Verbandwechsels durchschnittlich alle 3 – 5 Tage, bei Bedarf früher, sobald sich Blasen bilden und sich der Verband stellenweise von der Wunde löst

Kontraindikation:

- stark sezernierende, stark belegte, nekrotische oder Infizierte Wunden.“

### 3.5.3 Schmerz-Skala

Ein Instrument zur Beurteilung der Schmerzintensität beim Notfalleintritt und dessen Entwicklung, auch nach Medikamentengabe, während des Aufenthalts. (siehe Punkt 12 aus der Pflegestandard 3.5.1 (Vorgehen))

Den Schmerz-Skala sieht so aus:



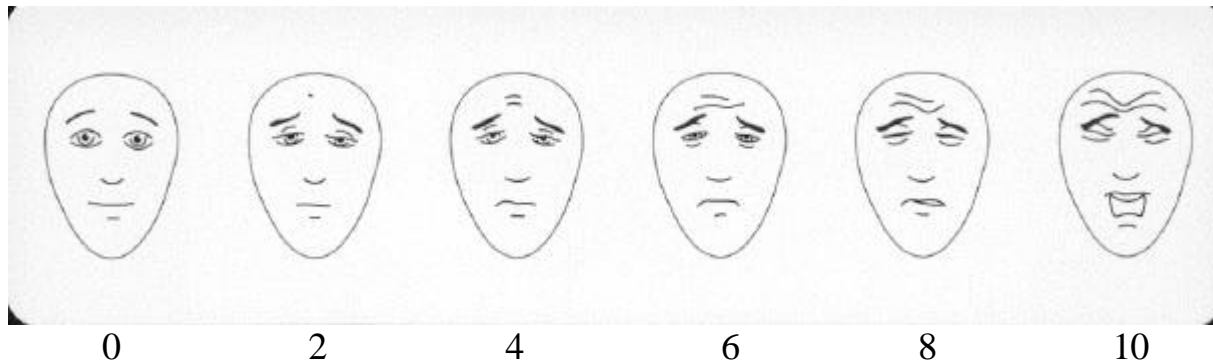
Es gibt zwei Skalas, nämlich 0 bis 10 und 0 bis 100-Skala.  
Wir arbeiten bei uns auf dem Notfall mit der kleinen Skala, 0 bis 10.

#### Wie arbeitet man mit der Schmerz-Skala:

Auf der Skala bedeute        0: der Patient hat keinen Schmerzen  
   100: der Patient hat die schlimmsten  
   Schmerz, die er sich vorstellen  
   kann.

Die Punktwahl liegt in der Entscheidung des Patienten und die Pflegenden notiert den Wert auf dem Überwachungsblatt.

Die Schmerz-Skala, speziell für Kinder entworfen, sieht so aus:



0 = keine Schmerzen bis 10 = sehr sehr starke Schmerzen.

Um die Schmerzen bei Kindern ab 4 Jahren zu messen, beachten Sie bitte die folgenden Schritte:

- Dieses Gesicht zeigt jemand der kein Weh hat.  
( zeigen Sie auf das Gesicht ganz links)
- Diese Gesichter zeigen jemand der immer meht Weh hat  
( zeigen Sie auf jedes Gesicht von links nach rechts)
- Dieses Gesicht zeigt jemand der sehr sehr fest Weh hat  
( zeigen Sie auf das Gesicht ganz rechts)
- „Zeige mir das Gesicht, dem es genauso weh tut wie Dir“

Benutzen Sie keine Wörter wie „zufrieden“ oder „traurig“. Diese Skala dient der Messung, was Kinder oder Erwachsene empfinden und nicht, was für einen Gesichtsausdruck sie haben. Beurteilen Sie den Wert der Schmerzmessung.

### 3.5.4 Die ABCDE-Regel.

Bei jedem Patienten wird die Situation nach der ABCDE-Regel beurteilt und entsprechend auch gehandelt. (siehe Punkt 1 aus der Pflegestandard 3.5.1 ( Voraussetzungen).

A = Ansprechbarkeit.  
Alarmierung.  
Atemwege frei.

B = (Be)-Atmung.

C = Circulation.                   - Pulse ?  
  - Farbe ?  
  - Feuchtigkeit ?  
  - Temperatur ?  
  - Externe Blutung ?

D = Diagnose.                   - ACLS = Advanced Cardiac  
  Life Support  
  - Kardiovaskulär / Pulmonal

E = Evaluation.                 - Intoxikationen / Metabolisch  
  - Infektionen / H<sub>2</sub>O /  
  Elektrolyte  
  - ATLS = Aktivität Tägliches  
  Leben  
  - usw

Erkennung und Beseitigung einer Vitalgefährdung hat oberste Priorität. Atmung, Puls, Blutdruck, äussere Blutungen, Temperatur und Hautfarbe sind ohne technische Hilfsmittel schnell und sicher beurteilbar.

Eine erste Beurteilung wird bei der Begrüssung gemacht, z.B. durch einen Händedruck, wobei die Feuchtigkeit, Temperatur und Farbe festgestellt wird.

Eine einfache Tätigkeit wie diese ist ein Bestandteil der Beurteilung, die zu sofortigen Massnahmen führen kann.

Bei einer Verschlechterung des Zustands geht man wieder zurück zu A.

## 3.6 Abgrenzung

Ob beide Pflegestandards richtig angewendet werden und ob sie für den Patienten auch geeignet und befriedigend sind, wird später durch einen Spezialisten, welcher noch benannt wird, anhand von Fragebogen kontrolliert. Das wird durch den Spital selbst organisiert und koordiniert, damit habe ich nichts mehr zu tun.

Die beschriebenen Standards sind für die Interdisziplinäre Notfallstation des Kantonsspital Winterthur geschrieben und basieren auf der Arbeitssituation und den Räumlichkeiten des KSW. Sie sind natürlich auch für andere Spitäler zu brauchen, falls sie diese an ihre Räumlichkeiten und Arbeitssituation anpassen.

Wir als Arbeitsgruppe haben uns mit der optimalen Situation befasst und diese realisierbar für unseren Notfall angepasst. Wir sind uns aber bewusst gewesen, dass vielleicht nicht in jeder Situation, genau wie in den Standard beschrieben wird, gearbeitet werden kann. Wir meinen aber, dass man jeder Zeit danach streben soll, die optimale Situation zu erreichen.

## 4 Zielüberprüfung

Mein Ziel war es, zwei Pflegestandards aufzustellen, die helfen, die Pflege zu vereinheitlichen und Verwirrung zu vermeiden.

Die Standards beschreiben die genaue Aufgabe des Pflegenden, womit eine einheitliche Arbeitsweise gewährleistet wird. Die Pflegestandards ermöglichen es ebenfalls den Ärzten, unsere Arbeitsweise zu erfassen.

Die Aerzte gebrauchen seit längerer Zeit die Schmerz-Skala und benutzen jetzt wenn nötig die in den Zimmer bereit liegenden Skalen. Sie haben sehr positiv darauf reagiert, dass nun auch die Pflegenden mit der Schmerz-Skala arbeiten.

In der dritten Teamsitzung, zwei Monate nach dem ich den ersten Pflegestandard, den Medizinischen, vorgestellt hatte, habe ich um Feedback gefragt. Ich bekam folgende positive Rückmeldungen:

- Es wurde verwundert festgestellt warum wir nicht schon früher ein Medikamentenplateau bereit hatten. Es sei viel einfacher und effizienter mit einem solchen Plateau.
- Die Schmerz-Skala wird vor allem bei Kindern und fremdsprachigen Patienten gebraucht, die den Schmerz anhand der Skala besser angeben können.
- Es ist schwierig in stressigen Zeiten zwei Pflegenden in ein Zimmer zu delegieren, um einen Patienten mit Thoraxschmerzen betreuen, aber man achtet darauf dass es möglichst oft doch der Fall ist.
- Die Pflegestandards werden allgemein als sehr gut befunden.

Ich bin der Meinung, dass ich das Ziel erreicht habe, weil zwei Pflegestandards im Team eingeführt und angenommen wurden. Jeder weiss, wie er die Patienten behandeln und betreuen soll und gibt sich Mühe, nach diesen Standards zu arbeiten.

## 5 Meine Reflexion

Nachdem ich mich mit dem Thema Pflegestandards auseinander gesetzt habe, sind auch verschiedene Ideen, wie und was ich machen möchte, aufgetaucht. Ich habe mich bewusst für eine Projektarbeit entschieden, weil ich es besser fand, dass ein Teil des Teams mitarbeitet. Ich habe jeden Mitarbeiter persönlich gefragt und jeder war auch gleich einverstanden und motiviert zum mitmachen.

Mit unserem Abteilungschef, meiner Praktikumbegleiterin und einem Mitarbeiter vom Pflegedienst hatte ich eine Sitzung, wobei ich ihnen allen erklärt habe, wie ich das Projekt erarbeiten möchte. Sie haben sehr positiv auf den Arbeitsplan reagiert und mir jede Unterstützung zugesichert.

Ich habe die Arbeitsgruppe ohne Probleme zusammenstellen können, weil jeder Mitarbeiter gleich bereit war mitzuhelfen. Es war schwierig, die verschiedenen Terminen für die Sitzungen zu organisieren, weil wir alle im Schichtbetrieb arbeiten. Doch haben wir es geschafft, leider mit mehr Zeitaufwand als geplant. Wir hatten alle viel Freude an der Arbeit und dadurch blieb ich motiviert zum weitermachen.

Die Zusammenarbeit mit unserer medizinischen Oberärztin verlief ohne Probleme und in kürzester Zeit war der medizinische Pflegestandard korrigiert, kontrolliert und bereit zur Einführung. Leider verlief die Zusammenarbeit mit unserem chirurgischen Chefarzt nicht optimal und somit habe ich sehr viel Zeit verloren. Die Leiter Pflegedienst KSW und Pflegedienst INO haben mich dazu überredet, den chirurgischen Standard ohne zusätzliche Schmerzmedikamente herauszugeben und ins Team einzuführen.

Beide Standards wurden sehr positiv durch das Notfallteam aufgenommen und mich hat es motiviert, diese Arbeit weiter zu gestalten. Ich habe viel Zeit und Arbeit investiert, um für unser Team etwas Gutes und vor allem Brauchbares zu entwickeln. Ich hoffe, dies ist ein Anfang, um noch weitere Pflegestandards zu entwickeln, wodurch unsere Arbeit erleichtert wird. Auf den Abteilungen arbeiten die Pflegenden nämlich seit längerer Zeit mit Standards, bei uns ist es erst der Anfang.

## 6 Schlussbemerkung

Ich habe mit viel Freude diese Arbeit organisiert und mit den zwei Arbeitsgruppen zusammen gearbeitet. Es war eine sehr anstrengende Aufgabe, was auch viel Nerven und Schweiß gekostet hat, aber ich bin sehr stolz auf das Resultat.

Ich hoffe, dass das Lesen dieser Arbeit anderen genau soviel Freude macht, wie ich sie hatte beim Zusammenstellen und Erarbeiten.

Um alles fertig zu bringen habe ich genügend Hilfe bekommen und möchte gerne jedem noch ganz herzlich danken für seinen Einsatz.

## 7 Quellenangabe

- “Pflegestandards” von Adelheid Stösser  
Verlag: Springer, Berlin  
Jahr: 1994, 3. Auflage
  
- Unterlagen des Pflegediensts des Kantonsspital Winterthur
  - Qualitätsstandard
  - Konzeptuelle Überlegungen für das Arbeiten mit Pflegestandards
  - Qualitätssicherung und Kriterien
    - Alle drei Berichte sind durch Hr. Erich Lustig im 1998 erarbeitet, speziell für das Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe.
  
  - Das Informationsmagazin des Kantonsspitals Winterthur für neue Mitarbeiter
  
- Unterlagen von Hr. Dr. Osterwalder des Kantonsspital St. Gallen
  - ABCDE-Regel
  - Bagatellunfälle
  
- Unterlagen der Wundbehandlung aus dem Ordner „Allgemeine pflegerische Weisungen“ des Kantonsspital Winterthur durch Fr. Christine Guidese, erarbeitet März 2000
  - Wundversorgungs-Richtlinien