

Zentrale Arbeitsgruppe Endoskopie im DBfK



Einarbeitung neuer Mitarbeiter am Beispiel der ÖGD

EINARBEITUNG NEUER MITARBEITER AM BEISPIEL DER ÖGD

INHALTSVERZEICHNIS	SEITE
1. Vorwort	2
2. Soll- und Ist-Analyse der Einarbeitung neuer Mitarbeiter in der Endoskopie	3
3. Die Bedeutung der Pflege in der Endoskopie	7
4. Das Einarbeitungskonzept	9
5. Anatomie und Physiologie des Oesophagus und Magens	11
6. Definition ÖGD	12
7. Endoskopaufbau und Kanalsystem	13
8. Checkliste zur Einarbeitung	14
9. Richtlinien zur Untersuchung und zu Eingriffen am oberen Gastrointestinaltrakt	19
9.1 Richtlinie zur Oesophago-Gastro-Duodenoskopie (ÖGD)	19
9.2 Richtlinie zur endoskopischen Blutstillung durch Unterspritzungstechnik und zur Sklerosierung von Oesophagusvarizen	23
9.3 Richtlinie zur Polypektomie	24
9.4 Richtlinie zur Clip-Technik	25
9.5 Richtlinie zur Oesophagusvarizenligatur	26
9.6 Richtlinie zur Gewebeklebung	27
9.7 Richtlinie zur Oesophagus-Bougierung nach Savary-Gillard	28
9.8 Richtlinie zur pneumatischen und hydrostatischen Dilatation	30
9.9 Richtlinie zur Färbetechnik / Chromoendoskopie	31
9.10 Richtlinie zur endoskopischen Mukosaresektion (EMR)	32
9.11 Richtlinie zur endoskopisch kontrollierten Platzierung einer Ernährungssonde	33
9.12 Richtlinie zur perkutanen-endoskopisch kontrollierten Gastrostomie (PEG) und Jejunostomie (PEJ)	34
9.13. Richtlinie zum Pflegegespräch	37
10. Oesophago-Gastro-Duodenoskopie aus ärztlicher Sicht	39
11. Gesetzliche Bestimmungen, Verordnungen und Richtlinien	44
12. Checkliste Notfallmaßnahmen	46
13. Literaturliste	48
14. Literaturnachweis	50
15. Mitglieder der ZAG-Endoskopie	51
16. Fragebogen zur Einarbeitung	52

1. VORWORT

In einer Zeit, geprägt von häufigen sich ändernden Strukturen im Gesundheitswesen, wird es in naher Zukunft Krankenhäuser im herkömmlichen Sinn nicht mehr geben. Das heutige Unternehmen Krankenhaus sichert seine Existenz durch Transparenz und Kooperation mit allen im Gesundheitswesen tätigen. Die daraus erfolgende Verzahnung zeigt sich besonders in den Funktionsbereichen. Komprimierte Terminvergabe und eng strukturierte Arbeitsabläufe bestimmen hier den Alltag. Dabei ist die im Unternehmens- und Pflegeleitbild etablierte Qualität bindend und dient der Existenzsicherung des Hauses. Bereits bei der Aufnahme eines Patienten wird seine Entlassung geplant, denn Fälle statt Betten heißt die Devise.

Die Komplexität in den Funktionsbereichen, insbesondere die Endoskopieabteilung mit ihrem breit gefächerten Spektrum an Arbeitsprozessen erfährt eine besonders hohe Auslastung. Nur ein sehr gut weitergebildetes und professionelles Team hat die Kundenpräsenz und wird im Wettbewerb zu konkurrierenden Einrichtungen bestehen.

Die erfolgreiche Integration eines neuen Mitarbeiters obliegt dem Team in Form einer effizienten und standardisierten Einarbeitung. Unterstützend dafür stellt die Zentrale Arbeitsgruppe Endoskopie des DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe), ihr Arbeitsergebnis zum Thema „Einarbeitung neuer Mitarbeiter“ im Funktionsbereich Endoskopie vor. Das vorliegende Handbuch basiert auf einer intensiven Befragung und Beobachtung neuer Mitarbeiter im Endoskopiebereich und den praktischen Erfahrungen der einzelnen Mitglieder.

Ein besonderer Dank gilt Herrn Dr. Arno Sonnborn, Internist und Gastroenterologe am Städtischen Klinikum Gütersloh, für die Gestaltung des Abschnitts „Oesophago-Gastro-Duodenoskopie aus ärztlicher Sicht“.

Dank auch an die Firma Olympus Optical Co. für die freundliche Unterstützung mit Bildern zum Thema „Endoskopaufbau“ und an den Gustav Fischer Verlag für die Auszüge aus der Anatomie.

Es ist nicht genug zu wissen, man muss auch anwenden,
es ist nicht genug zu wollen, man muss auch tun.
Johann Wolfgang von Goethe

Im Januar 2005

Zentrale Arbeitsgruppe Endoskopie



2. SOLL- UND IST-ANALYSE DER EINARBEITUNG NEUER MITARBEITER IN DER ENDOSKOPIE

Einleitung

Die Einarbeitung und Integration neuer Mitarbeiter ist ein wichtiger Baustein in jedem Unternehmen. So auch im Krankenhaus. Es gibt Endoskopieabteilungen, die diese Aufgabe bereits engagiert und strukturiert angehen.

Um die Ist-Situation in den deutschen Endoskopieabteilungen zu erfassen, wurden Fragebögen entwickelt und diese an 45 Abteilungen in ganz Deutschland verschickt. Die Rücklaufquote betrug 90%, was ein Indiz für das große Interesse der Kolleginnen und Kollegen an diesem Thema war.

Sinn der Fragebögen war das Herausstellen der häufigsten Probleme, die bei der Einarbeitung entstehen, die Suche nach bewährten Lösungen und das Aufzeigen gescheiterter Lösungsversuche. Dabei sollten die unterschiedlichen Bedingungen berücksichtigt werden. Um ein möglichst neutrales Bild zu erhalten wurden zwei Fragebögen erstellt, einen für die Abteilungsleitung, bzw. den Mentor, und einen für den neuen Mitarbeiter.

Die Fragebögen waren in vier Abschnitte unterteilt. Der erste Abschnitt enthielt die Abfrage der Modalitäten, wie Größe der Abteilung, Mitarbeiteranzahl und Leistungsspektrum. Im zweiten Abschnitt wurden organisatorische Belange abgefragt, zum Beispiel ob der/die Einzuarbeitende bereits Endoskopieerfahrung hatte und ob die Einarbeitungszeit und die Inhalte festgelegt waren. Im dritten Abschnitt wurden die sozialen Aspekte abgefragt. Im vierten Abschnitt ging es darum, welche Veränderungswünsche bestünden, wenn zum einen der neue Mitarbeiter die Chance hätte noch einmal eingearbeitet zu werden, zum anderen der Mentor wieder einen neuen Mitarbeiter zu unterweisen hätte. (s. Anhang)

Ergebnisse aus den Fragebögen

Zunächst ist klarzustellen, dass hier keine statistisch gesicherten Daten vorgestellt werden können, aber zumindest zeigen die Ergebnisse Trends auf.

Es ergaben sich **drei Hauptgruppen von Problemen:**

1.) Organisatorische Probleme

- Gesamtplanung der Einarbeitungsphase
- Überschauen der Organisation
- durch gedrängtes Programm aufkommende Hektik

2.) Technische Probleme

- großes Untersuchungs- und Behandlungsspektrum
- Umfangreiches Material
- Technik mit der Pflege in Einklang bringen

3.) Soziale Probleme

- zu hohe Erwartungen an sich selbst
- Überforderung durch den Mentor
- Sich selbst in der Situation des Lernenden zu akzeptieren
- Teamkonflikte
- Enge Zusammenarbeit mit den Ärzten

Diese Probleme haben **Auswirkungen auf den neuen Mitarbeiter** in Form von Motivationsverlust, Unzufriedenheit verursacht durch Überforderung, sowie negative Gefühle gegenüber sich selbst und dem Team gegenüber.

Auswirkungen auf die Abteilung können Reibereien innerhalb des Teams sein oder Überstunden, die dadurch verursacht werden, dass bei der Einarbeitung eine längere Zeit für die Vor- und Nachbereitung der Untersuchungen benötigt wird, als wenn die Routiniers diese Arbeit zügig verrichten. Ebenso kann es zu Konflikten mit dem ärztlichen Team kommen, die in der Regel von neuen Pflegenden die gleiche Leistung erwarten, wie von den bereits eingearbeiteten.

Nicht zuletzt ergeben sich durch ungelöste Probleme auch **Auswirkungen für das gesamte Krankenhaus**. Eine hohe Fluktuation, was höhere Kosten bedeutet, kann ebenso eine Folge sein, wie negative Publicity durch unzufriedene Mitarbeiter.

Im Folgenden werden die **Lösungsansätze zu den oben genannten Problemgruppen** dargestellt.

zu 1.) Organisatorische Probleme

Mitarbeiter, die aus dem Stationsdienst kommen, können keinen Überblick über die Organisation in einer Funktionsabteilung haben. Hier ist gezielte Information notwendig, wenn man nicht warten will, bis der Mitarbeiter von selbst merkt, nach welchen Kriterien ein Programm erstellt und eventuell umgestellt wird.

Ungeplante Einarbeitung bewährt sich aus der Sicht des Einzuarbeitenden nicht. Im Großen und Ganzen wünschen sie sich klare, sachliche Informationen und feste Zeitlimits. Die am häufigsten gestellte Frage zu Beginn der Einarbeitung ist die, wie lange es dauern darf, bis eine bestimmte Untersuchung beherrscht wird.

Abteilungen, die im Rotationssystem arbeiten, sollten damit nicht zu streng verfahren. Der neue Mitarbeiter entscheidet gemeinsam mit dem Mentor, wann er in der Lage ist, die nächste Untersuchungsart in Angriff zu nehmen. Die Zeitlimits sind aber trotzdem wichtig, damit der Mitarbeiter eine Möglichkeit hat, sich selber einzuschätzen. Die Zeitlimits können nur durch die Erfahrungen des Mentors festgelegt werden.

Ein wichtiger Faktor für die Gesamteinarbeitungszeit ist die Größe, bzw. das Untersuchungs- und Behandlungsspektrum der Abteilung, da der neue Mitarbeiter die verschiedenen Untersuchungen nur eine nach der anderen erlernen kann.

Die Einarbeitungsreihenfolge wird je nach Schweregrad und Wichtigkeit der Untersuchung innerhalb der Abteilung festgelegt. Zum Beispiel sollte jemand zuerst die Fähigkeiten erwerben, die er zur Übernahme des Bereitschaftsdienstes braucht.

Vielorts hat sich folgende Reihenfolge bewährt: zuerst die Gastroskopie, dann die Koloskopie, danach ERCP und Bronchoskopie. Hierbei werden zunächst die organisatorischen Abläufe vermittelt, danach die Geräteaufbereitung und -pflege und zuletzt die Patientenbetreuung zusammen mit der medizinischen Assistenz.

Es gibt Tage, an denen ist das Untersuchungsprogramm noch voller als gewöhnlich. Die Hektik an solchen Tagen ist Gift für jede Einarbeitungssituation. Dies kann nur dadurch kompensiert werden, dass gut eingearbeitetes Personal versucht noch mehr Arbeit zu übernehmen, so dass der Mentor genügend Zeit für den neuen Mitarbeiter hat. Daher ist es wichtig das gesamte Team auf den neuen Mitarbeiter vorzubereiten, um die Bereitschaft zur Kompensation der höheren Arbeitsbelastung zu fördern.

zu 2.) Technische Probleme

Der Aufgabenbereich in der Endoskopie erfordert ein gewisses technisches Interesse zur Bedienung und Instandhaltung der Geräte und des Instrumentariums. Man muss allerdings auch kein technisches Genie sein, wichtig ist, während der Untersuchung auftretende Mängel beseitigen zu können, soweit dies möglich ist.

Um hier technische Defizite auszugleichen eignen sich Bedienungsanleitungen hervorragend, die es vom HF-Chirurgiegerät bis zur Biopsiezange gibt und die häufig sehr gute Hintergrundinformationen liefern. Es ist hilfreich, die wichtigsten Punkte aus den Bedienungsanleitungen zu sammeln, und eine Kopie an den neuen Mitarbeiter zwecks Studiums auszuhändigen. Auf diese Weise können praktische Arbeit und Leseaufgaben Hand in Hand gehen.

Zur Bedienung des Instrumentariums müssen reichliche Trockenübungen angeboten werden, um Schwächen und Unsicherheiten abzubauen.

Um sicherzustellen, dass dem Mitarbeiter am Ende der Einarbeitung sämtliches Zubehör bekannt ist, vermittelt man die Technik anhand eines konkreten Planes. So kann man vermeiden, dass der Mitarbeiter im Bereitschaftsdienst mit Dingen konfrontiert wird, die er aus dem Routineprogramm nicht kennt.

Empfehlenswert ist es auch im Hinblick auf die Technik, den neuen Mitarbeiter zunächst zur Patientenbetreuung einzusetzen, wobei er da die instrumentelle Assistenz schon mal beobachten kann.

Wer die Technik nicht beherrscht, kann sie mit der Pflege natürlich nicht in Einklang bringen. Dies ist aber fast immer vonnöten, da die Forderung nach zwei Pflegekräften für eine Untersuchung häufig ein Wunschtraum ist und die/der Pflegenden AssistentIn und PatientenbegleiterIn zugleich sein muss.

Wenn die Technik zur Last wird, kann man sich nicht mit Herz und Seele dem Patienten widmen. Nur wenn man die Technik beherrscht, kann man sich auf die Pflege konzentrieren, weil dann die Bedienung des Instrumentariums eine interessante Untermauerung der pflegerischen Tätigkeiten in der Endoskopie ist.

zu 3.) Soziale Aspekte

Die Einarbeitung eines neuen Mitarbeiters bedeutet immer ein neues Überdenken der eigenen Arbeitsweisen. Wir wissen, dass sich viele Schlampereien heimlich einschleichen, teils durch die Arbeitsbelastung, aber sicher auch manchmal durch Bequemlichkeit. Die Schwestern und Pfleger, die aus dem Stationsdienst kommen, denken meist viel pflegeorientierter und können die „alten Hasen“ für diesen Bereich unserer Arbeit zugunsten der Patienten neu sensibilisieren. Mitarbeiter mit Endoskopieerfahrung könnten die Organisation der Abteilung verbessern, wenn zum Beispiel Dinge unnötig umständlich gehandhabt werden.

Aus all diesen Gründen muss jeder neue Mitarbeiter als Verbesserungschance für das gesamte Team gesehen und zur kritischen Betrachtung des Gelernten motiviert werden.

Am wichtigsten erscheint es, das gesamte Team vor Beginn des neuen Mitarbeiters auf die bevorstehende Einarbeitungsphase vorzubereiten, um bestimmte Störfaktoren im Vorfeld auszuschalten.

Themen die hier angesprochen werden sind zum Beispiel Eifersüchteilen, die durch die Fixierung des neuen Mitarbeiters auf die Leitung beziehungsweise auf den Mentor entstehen können, sowie die fehlende Toleranz im pflegerischen und ärztlichen Team für Zeitverzögerungen.

Besondere Schwierigkeiten bereitet den meisten die Einstellung auf die verschiedenen Untersucher und die enge Zusammenarbeit mit den Ärzten. Hier sollten durch Gespräche Ängste abgebaut und Gespräche mit den Ärzten geführt werden.

Viele bemängeln die mangelnde Einsicht der Ärzte, doch gibt es, wie folgend benannt, genügend gute Argumente für Diskussionen.

Wenn Ärzte lernen, verzögert das auch das Untersuchungsprogramm, und es fallen unter Umständen Überstunden durch späte Instrumentenaufbereitung an. Bei einer Hetzerei durch das Untersuchungsprogramm ist die neue Pflegekraft mittags nicht mehr aufnahmefähig für Trockenübungen und Theorie und steht dem Arzt somit wesentlich später als fähige Assistenz zur Verfügung, als jene, die mit Verständnis und Wissensweitergabe motiviert wird. Es ist sehr hilfreich, wenn Ärzte während der Untersuchung erklären, warum welche Maßnahmen wichtig sind, um auch beim Pflegepersonal auf Verständnis für den Patienten und für den Ablauf zu stoßen. Die gut informierte Pflegekraft ist kooperativer als die demotivierte. Dies ist zwar mehr ein Appell an die Ärzte, aber hier sind die Abteilungsleitungen gefordert zu vermitteln.

Des Weiteren stellen neue Mitarbeiter häufig zu hohe Anforderungen an sich selbst. Daher ist es wichtig, die Einarbeitung auch zeitlich zu strukturieren, damit der neue Mitarbeiter sich selbst in etwa einschätzen kann. Ein schrittweise Vermitteln der Theorie, also nicht alles gleich bis zum I-Tüpfelchen zu erklären hilft auch, den neuen Mitarbeiter nicht von Seiten der Abteilung zu überfordern.

Die Einarbeitung erfolgt nach folgenden Kriterien:

- vom Bekannten zu Unbekannten
- vom Groben zum Speziellen
- vom Überblick zum Detail.

Interessant ist, dass neue Mitarbeiter mit Endoskopieerfahrung sich ebenfalls oft überfordert fühlen, weil sie die Erwartungshaltung des Stammteams Ihnen gegenüber als zu hoch einstufen. Diese Gefahr ist meistens schon gebannt, wenn im Vorfeld darüber gesprochen wird. So können die gegenseitigen Erwartungen abgeglichen werden.

Organisatorische Unterschiede zwischen den Abteilungen erfordern auch einiges an Umstellung. Umgewöhnung ist häufig schwieriger als Neueingewöhnung, daher erfordert diese Situation eine besondere Sensibilität des gesamten Teams. Durch das Herausarbeiten der verschiedenen Arbeitsmethoden und Gegenüberstellung und Analyse beider Wege kann die tägliche Arbeit in der Abteilung unter Umständen verbessert werden.

Eine **hohe Motivation** der neuen Mitarbeiter wird erreicht **durch das Setzen von Zielen, durch die Übertragung von Verantwortung**, je nach Kompetenz, **durch das Schaffen von Erfolgserlebnissen**, sowie **durch moralische Unterstützung**.

Die Qualifikation der Einarbeitenden könnte besser sein. Die meisten hatten entweder gar keine legitimierte Qualifikation (z. B. Röntgenkurs) oder nannten Erfahrung bei der Einarbeitung. 15% waren Absolventen der Fachweiterbildung Endoskopie, was sich inzwischen verändert haben dürfte durch die Möglichkeit der Nachqualifikation und Anerkennung der Fachweiterbildung bei Tätigkeit in der Endoskopie von mehr als 10 Jahren. Vereinzelt wurden Stationsleitungslehrgang oder Mentorenkurs genannt.

Etwa 50% der Befragten hatten eine weder fachliche noch zeitlich geplante Einarbeitung, wobei die Leitungen meinen die Motivation wird trotzdem gesteigert und Defizite bei der Einarbeitung würden durch Erfahrung ausgeglichen. Hingegen sind die Mitarbeiter aus diesen Abteilungen nach 6 Monaten durchweg schlechter motiviert als zu Beginn der Einarbeitung.

Überwiegend zufrieden waren die neuen Mitarbeiter, die von Absolventen der Weiterbildung eingearbeitet wurden.

Die meisten neuen Mitarbeiter wünschen sich bei der Einarbeitung einen festen Mentor, regelmäßiges Feedback, mehr Zeit um theoretisches Wissen vermittelt zu bekommen und mehr Trockenübungen.

Dies kann zum Beispiel durch Überstunden geschehen, die in ruhigeren Zeiten abgebaut werden können.

Einen exemplarischen Einarbeitungsplan, mit dem viele Abteilungen schon sehr gute Erfahrungen gemacht haben, finden Sie hier im Buch.

Jeder kann jederzeit den aktuellen Wissensstand des neuen Mitarbeiters nachvollziehen, selbst dann, wenn man längere Zeit abwesend war. Der neue Mitarbeiter hat ebenfalls schwarz auf weiß, wo er steht. Obwohl die Ausarbeitung eines solchen Plans mit einiger Mühe verbunden ist, kann nur jeder Abteilung empfohlen werden, solch einen Plan spezifisch für sich zu erstellen, ebenso, wie eine Literatursammlung mit den wichtigsten Veröffentlichungen.

Natürlich hängt die Entwicklung eines Mitarbeiters nicht allein von der Gestaltung der Einarbeitung ab. Die individuellen Fähigkeiten jedes Einzelnen spielen eine große Rolle, ebenso, wie die Bereitschaft, sich auch in seiner Freizeit mit dienstlichen Themen auseinanderzusetzen. Außerdem kann auch eine exzellente Einarbeitung eine Fachausbildung nicht ersetzen. Ein besonderes Augenmerk ist während der Probezeit darauf zu legen, wie sich der neue Mitarbeiter zukünftig entwickeln wird. Stellt man fest, dass jemand für die Arbeit in der Endoskopie nicht gut geeignet ist, aus welchen Gründen auch immer, sollte man auch den Mut besitzen, trotz schon einiger Investitionen von Seiten des einarbeitenden Teams, sich von diesem Mitarbeiter frühzeitig wieder zu trennen. Lieber ein Ende mit Schrecken, als ein Schrecken ohne Ende.

Eine gut geplante und strukturierte Einarbeitung bewährt sich auch bei hervorragender persönlicher Eignung einer Person für die Endoskopie. Dies beschleunigt die Einarbeitungsphase und integriert den neuen Mitarbeiter schneller in das Stammteam.

Gute Mitarbeiter sind das Kapital einer gut funktionierenden Endoskopieabteilung!

Sigrun Kauertz

3. DIE BEDEUTUNG DER PFLEGE IN DER ENDOSKOPIE

Pflege wird in einer Definition der WHO folgendermaßen erklärt:

Pflege ist eine grundlegende Tätigkeit des Menschen und in ihrer organisierten Form ein eigener Fachbereich des Gesundheitswesens. Pflege erfordert die Anwendung der für diese Disziplin spezifischen Einsichten, Kenntnisse und Fähigkeiten.

Pflege ist sowohl eine Kunst, als auch eine Wissenschaft und verwendet Kenntnisse und Techniken aus der Naturwissenschaft, den Sozialwissenschaften, der Medizin und Biologie und den Geisteswissenschaften.

Wenn von Pflege im Funktionsdienst Endoskopie die Rede ist, wird vorrangig an die Mitarbeit bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen gedacht. Dadurch werden die medizinisch-technischen Fähigkeiten oft in den Vordergrund gestellt und so auch von anderen erlebt.

Den Autorinnen bedeutet Pflege in der Endoskopie mehr:

3.1 Pflegeleitbild Endoskopie

Grundlagen allen pflegerischen Tuns ist die Achtung vor der Würde und Einzigartigkeit menschlichen Lebens.

Krankenpflegekräfte in der Endoskopie sind Experten bei der Assistenz, in der Mitarbeit bei Diagnostik und Therapie, aber auch qualifizierte Spezialisten in der Begleitung, Beobachtung und Betreuung der Patienten. Die verschiedenen Aspekte der allgemeinen Pflege umfassen die Pflege in der Endoskopie. Bei jedem Patienten gehen wir auf die individuellen Bedürfnisse in ihrer aktuellen Situation ein.

An verschiedenen Managementmodellen der Pflege lassen sich - auch für die Endoskopie – die einzelnen Aufgaben und Verantwortungsbereiche verdeutlichen.

3.2 Allgemeine Pflege

Durch die Beobachtung und das Erfassen der Bedürfnisse, Probleme und Fähigkeiten des Patienten vor, während und nach dem endoskopischen Eingriff ist es dem Pflegenden möglich, zielgerichtet und sicher zu handeln. (s. AEDL´s für die Endoskopie)

Dieses sind Voraussetzungen, um den Patienten während einer endoskopischen Untersuchung, die für ihn auch eine Krisensituation darstellen kann, zu begleiten.

Beispiele der allgemeinen Pflege:

- Vorbereitung der Patienten zu endoskopischen Untersuchungen / Pflegegespräch
- Vitalzeichenkontrolle
- Prophylaxen
- Psychische Betreuung vor, während und nach endoskopischen Untersuchungen
- Post-Endoskopie Pflege
- Schulung und Beratung von Patienten

3.3 Pflegedokumentation

Die Pflegenden in der Endoskopie benötigen Informationen über den Patienten, um gezielt im Pflegeprozess zu arbeiten.

Die erfassten Daten vor, während und nach endoskopischen Eingriffen werden dokumentiert und an die Nachbetreuenden Personen weitergeleitet.

Daher ist die Pflegedokumentation ein wichtiger Bestandteil der endoskopisch-pflegerischen Tätigkeit.

Außerdem ist sie ein Instrument, das die Leistungen und die Qualität der Pflege in der Endoskopie transparent macht.

3.4 Pflegeorganisation

Bei der Pflegeorganisation stehen der Patient und die Angehörigen im Vordergrund, unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen.

Das Pflegeleitbild einer Klinik bietet hierbei Hilfen an.

3.5 Mitarbeit bei Diagnostik und Therapie

Gleichwertig neben der allgemeinen Pflege ist die Mitarbeit bei der Diagnostik und Therapie.

Um sach- und fachgerechte Assistenz zu gewährleisten sind umfangreiche klinische und technische Kenntnisse und Fertigkeiten notwendig (siehe Tätigkeitskatalog der ZAG Endoskopie). Dies bietet dem Patienten in seiner exponierten Lage größtmögliche Sicherheit.

Die Qualität der pflegerischen und endoskopisch-technischen Tätigkeiten muss durch Standards festgelegt und durch permanente Fortbildung gesichert werden.

3.6. Kooperations- und Koordinationsaufgaben

Die gute Zusammenarbeit mit den verschiedenen Abteilungen und Berufsgruppen sind die Grundvoraussetzung für patienten-orientierte und effiziente Arbeitsabläufe.

Während die Mitarbeit bei Diagnostik und Therapie in Kooperation mit dem ärztlichen Dienst durchgeführt wird, sind die Tätigkeitsbereiche der allgemeinen Pflege, der Organisation und der Dokumentation selbständig und eigenverantwortlich von den Pflegenden in der Endoskopie durchzuführen.

Die besondere Herausforderung der Pflegenden in der Endoskopie liegt darin, die Bedürfnisse des Patienten mit den endoskopisch-technischen Aspekten in Einklang zu bringen.

Das in unserer Krankenpflegeausbildung und in der Fachweiterbildung erworbene Wissen befähigt uns gesundheitserzieherisch, sozial und kompetent in der Endoskopie zu handeln.

4. DAS EINARBEITUNGSKONZEPT

Definition des Begriffs „Einarbeitung“

Einarbeitung bezeichnet den Prozess, der neue Mitarbeiter in Betrieben in die Lage versetzt, nach einem bestimmten Zeitraum an dem neuen Arbeitsplatz selbständig und eigenverantwortlich zu arbeiten.

4.1. Allgemeine Ziele

- Korrekte, selbständige, eigenverantwortliche Ausführung der Aufgaben in der Endoskopie, auch in Ausnahmesituationen
- Integration ins Team und Identifikation mit der Abteilung
- Vermeidung von Frustration durch frühzeitiges Erkennen von Fehlentwicklungen

4.2 Für die Einarbeitung verantwortliche Personen

Leitung

- plant die Einarbeitung
- hat eine übergeordnete Kontrollfunktion
- ist verantwortlich für die Integration ins Team
- und Ansprechpartner bei Problemen

Mentor

- zugewiesene Bezugsperson
- besitzt soziale und fachliche Kompetenz
- pädagogisches Geschick
- Motivationsfähigkeit

Team als Mentor

- ist mitverantwortlich für den Einarbeitungsprozess
- unterstützt den Mentor
- hält die Absprachen über Pflegedokumentation und Richtlinien ein
- sorgt für ein kooperatives Arbeitsklima
- übernimmt die Mentorentätigkeit bei Ausfall des Mentors

4.3 Gespräche zur Einarbeitung

Vorgespräch:

- Dient zur Information über die fachliche Qualifikation des neuen Mitarbeiters

Einführungsgespräch:

Es findet am ersten Arbeitstag statt

- Vorstellung des neuen Mitarbeiters in der Abteilung
- Vorstellung des Mentors und des Einarbeitungskonzepts
- erfassen und vorstellen der Ziele des neuen Mitarbeiters

Allgemeine Informationen über :

- Dienstzeiten, Pausenregelung, Tagesablauf, Urlaubsregelung, Wunschbuch, Verhalten bei Krankheit
- Telefonverzeichnis, Pieperanlage, Terminkalender
- Apothekenbestellwesen, BTM-Buch, Lager
- Hygieneordner, Med-GV – Ordner, Rö-Verordnung, Strahlenschutz
- Notfallwagen, andere Notfalleinrichtungen, Reanimationsschulungen
- Hauspost, Briefkasten
- PC-Programm, EDV-Vorschriften, Datenmüll
- Entsorgungspläne
- Brandschutz

Zwischengespräche:

- werden möglichst in der Mitte und/oder nach den einzelnen Phase der Einarbeitung durchgeführt
- Reflektion der Einarbeitung / Feedback-Gespräche
- evtl. neue Abstimmung der Ziele

Abschlussgespräch:

- Findet zeitgerecht vor Ablauf der Probezeit oder nach der Einarbeitungsphase statt
- Definition der Zielerreichung
- Definition von Stärken und Benennung von Lernfeldern
- Stellungnahme des Mitarbeiters zur aktuellen Situation

Teilnehmer an den Gesprächen:

- Abteilungsleitung – Mentor – neuer Mitarbeiter

Regularien:

- Alle Gespräche werden nach Absprache mit dem neuen Mitarbeiter dokumentiert werden.

4.4 EINARBEITUNGSPHASEN / LERNZIELE AM BEISPIEL ÖGD

Der zeitliche Rahmen der Einarbeitung wird von jeder Abteilung individuell ermittelt.

1. Phase / Lernziele

- unter Anleitung alle Aufgabenbereiche der ÖGD durchführen können (siehe Richtlinien)
- Einweisen in die Technik und Funktion des Gastroskops
- Einweisen in die Technik der Lichtquelle, Videoprozessor und Bildübertragung
- die hygienischen Anforderungen in der Endoskopie kennen lernen
(Aufbereitung des Endoskops, Zusatzinstrumente und Raumhygiene)
- Einweisen in die Notfallausstattung
- Einweisen in die Patientenüberwachung
- Orientierung im Untersuchungsraum
- den zeitlichen Ablauf der Abteilung kennen lernen
- Orientierung in der Endoskopieabteilung
- sich unter Anleitung im Krankenhaus orientieren können

2. Phase / Lernziele

- selbständig die Assistenz bei der ÖGD übernehmen
- die Technik und Funktion des Gastroskops kennen
- die Technik der Lichtquelle, Videoprozessor und Bildübertragung kennen
- selbständige Ausführung der hygienischen Anforderungen
- unter Anleitung, Assistenz bei allen therapeutischen Eingriffen der ÖGD (siehe Richtlinien)
- unter Anleitung, Assistenz bei Notfalleingriffen
- unter Anleitung Terminvergabe
- den zeitlichen Ablauf der Abteilung kennen
- selbständige Orientierung im Krankenhaus

3. Phase / Lernziele

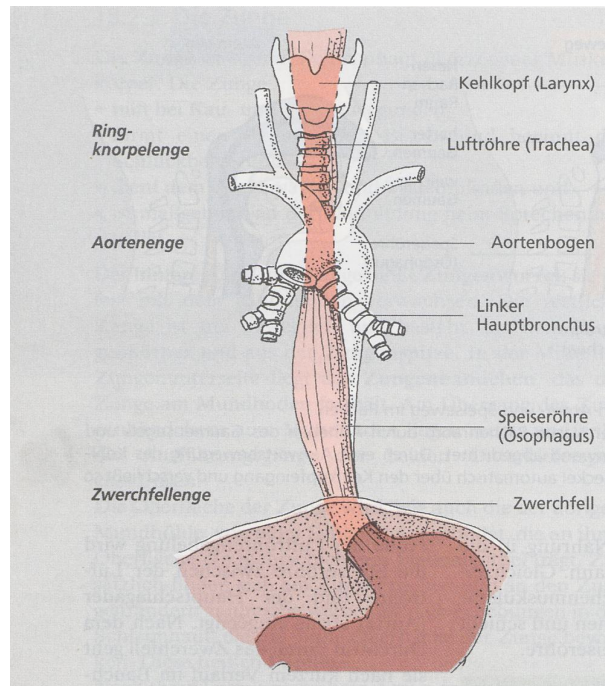
- selbständige Assistenz bei allen therapeutischen Eingriffen der ÖGD (siehe Richtlinien)
- selbständige Assistenz bei Notfalleingriffen
- selbständige Terminvergabe
- Pflegegespräch mit den Patienten führen
- alle anfallenden Aufgaben in dem Bereich der ÖGD selbständig durchführen können

5. ANATOMIE UND PHYSIOLOGIE DES OESOPHAGUS UND MAGEN

Zur Einarbeitung in die Endoskopie gehört auch das Wissen über die anatomischen und physiologischen Verhältnisse der entsprechenden Organe.

5.1 Die Speiseröhre

Die Speiseröhre (Oesophagus) ist ein etwa 25 cm langer Muskelschlauch, der den Rachen mit dem Magen verbindet. Sie transportiert die Speisen vom Mund in den Magen.



Der Verlauf der Speiseröhre

Die Speiseröhre beginnt hinter dem Ringknorpel des Kehlkopfs in Höhe des 6. Halswirbels. Sie verläuft dann hinter der Luftröhre abwärts. In Höhe der Luftröhrengabelung wird die Speiseröhre zwischen der Luftröhre und der Hauptschlagader (Aorta) etwas eingesenkt. Nach dem Durchtritt durch das Zwerchfell geht sie nach kurzem Verlauf im Bauchraum in den Magen über.

Die Speiseröhre ist ein sehr dehnbarer, elastischer Schlauch. An drei Stellen ist sie jedoch mit der Umgebung verwachsen und daher weniger dehnbar. Diese werden deshalb als die drei natürlichen Engstellen der Speiseröhre bezeichnet:

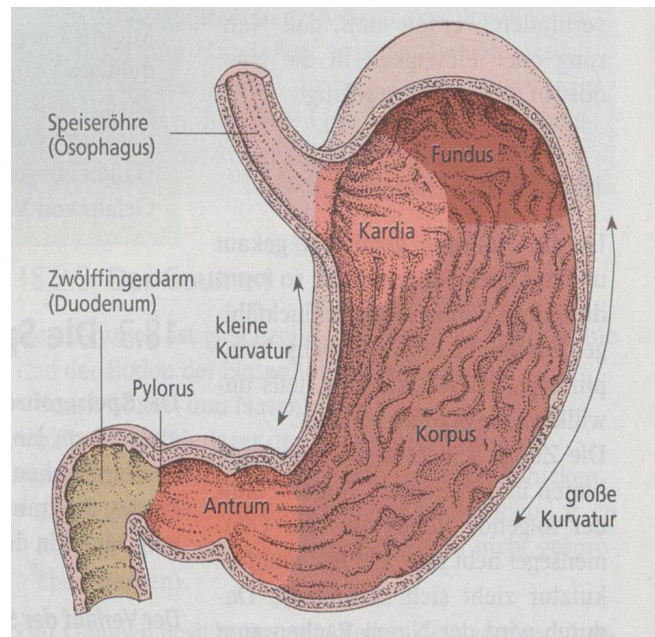
- die Ringknorpelenge
- die Hauptschlagaderenge und
- die Zwerchfellenge

Zu große oder zu wenig gekaute Bissen bleiben an diesen Engstellen, besonders in der Ringknorpelenge, stecken. Auch Entzündungen oder Tumoren entwickeln sich bevorzugt in diesen Abschnitten.

5.2 Der Magen

An die Speiseröhre schließt sich als sackartige Erweiterung des Verdauungskanal der Magen an. In ihm wird die bereits in der Mundhöhle begonnene Verdauung der Nahrung fortgesetzt.

Das Fassungsvermögen des Magens beträgt etwa 1,5l. In seiner Position in der Bauchhöhle wird der Magen hauptsächlich durch die ihn umgebenden Bänder, die zu Leber und Milz verlaufen, gehalten.



Die Abschnitte des Magens

Den Mageneingang, also den Übergang von der Speiseröhre zum Magen, bezeichnet man als Kardia (Magenmund). Seitlich davon, unmittelbar unter dem Zwerchfell, liegt die kuppelförmige Erweiterung des Magens, der Fundus (Magengrund).

An den Fundus schließt sich der größte Teil des Magens, der Korpus (Magenkörper) an. Dieser geht in den Vorraum des Pylorus (Antrum pyloricum), meist kurz als Antrum bezeichnet, über. Den Abschluss des Magens bzw. den Übergang zum Dünndarm stellt der Pylorus (Pylorus) her.

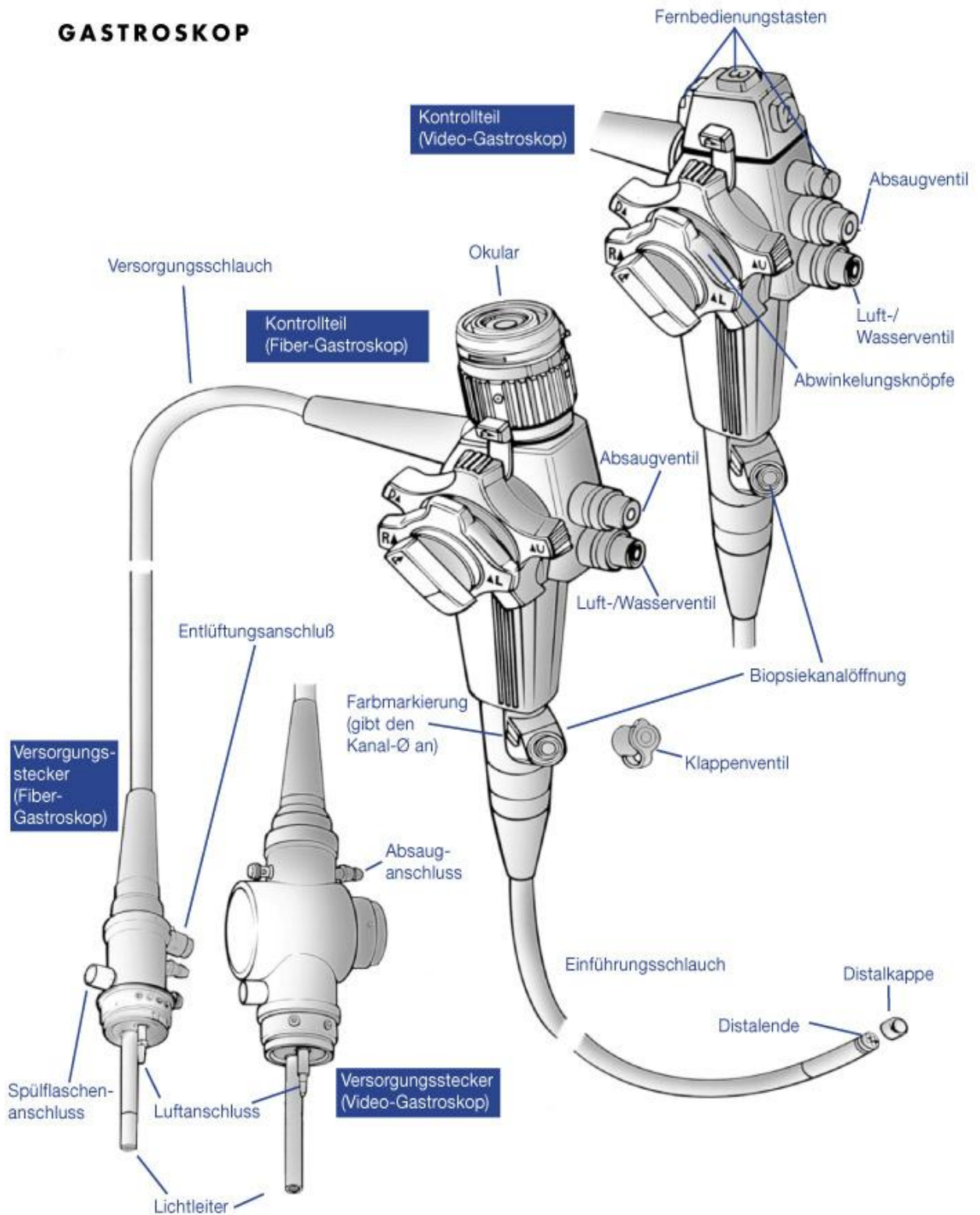
Auszug aus dem Buch:
Biologie, Anatomie, Physiologie
Kompaktes Lehrbuch für Pflegeberufe
3. Auflage
mit freundlicher Genehmigung des
Gustav Fischer Verlag

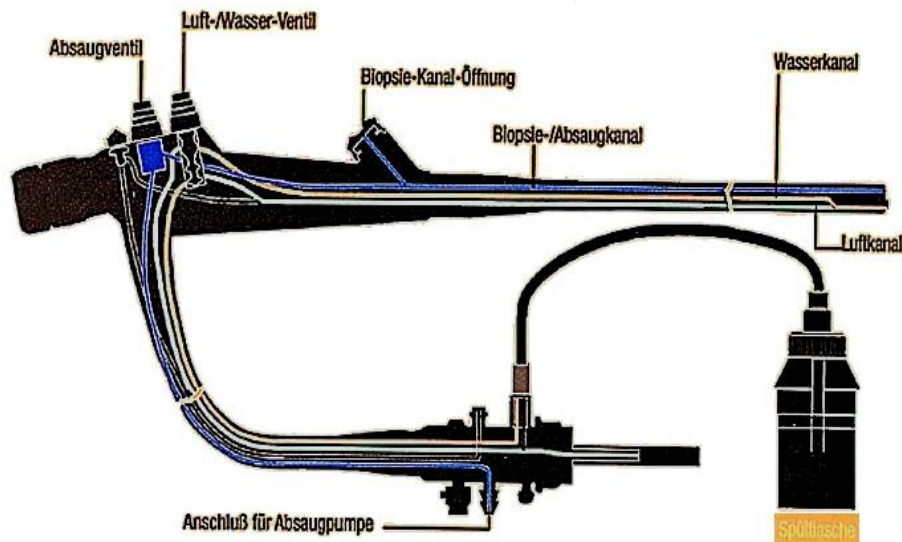
6. DEFINITION: ÖGD = Oesophago-Gastro-Duodenoskopie

Die Oesophago-Gastro-Duodenoskopie ist die Spiegelung des oberen Gastrointestinaltraktes mit Hilfe eines flexiblen Fiber- oder Videoendoskopes. Bei der Untersuchung kann die Schleimhaut der Hohlorgane des Oesophagus, des Magens und des Duodenums bis zum Duodenalenknien beurteilt werden, krankhafte Veränderungen in diesen Gebieten werden durch modernste diagnostische und therapeutische Verfahren erkannt und behandelt.

7. ENDOSKOPAUFBAU UND KANALSYSTEM

Man unterteilt Endoskope nach der Art der Bildübertragung in Glasfaser- bzw. Fiber- und Video-Endoskope. Zudem werden die Geräte nach ihrem Einsatzort bezeichnet.









Kanalsystem allgemein

Abdruck der Bilder mit freundlicher Genehmigung der Firma Olympus Deutschland GmbH

8. CHECKLISTE ZUR EINARBEITUNG

Symbolerklärung:

-  Die Tätigkeit wurde mehrfach gesehen (learning by looking)
-  ... mehrfach unter Aufsicht durchgeführt (learning by doing)
-  ... mehrfach selbständig durchgeführt (learning by doing)
-  Erfolgskontrolle: die Tätigkeit ist bekannt und wird beherrscht

Pflegerische Maßnahmen vor, während und nach dem Eingriff (siehe jeweiliger Standard)

Vor- und Nachbereitung des Untersuchungsraumes





- Medizinisch-technische Geräte
- Instrumententisch
- allg. Vorbereitung der Medikamente
- Schutzmaßnahmen
- Sonstiges





Mitarbeit bei Diagnostik und Therapie





- Pflegerische Assistenz bei der ÖGD und den therapeutischen Eingriffen

CHECKLISTE ZUR EINARBEITUNG

<p style="text-align: center;">ÖGD – „Gastroskopie“</p>				
<p><u>1. Allgemeine Vorbereitung</u></p>				
<p>Vorbereitung Gastroskopieraum</p>				
<p>Vorbereitung des Reinigungsraumes</p>				
<p>Vorbereitung zur Gastroskopie auf der Intensivstation / OP</p>				
<p>Vorbereitung – Wagen zur Notfallendoskopie</p>				
<p>Ausstattung des Notfallwagens</p>				
<p>Arbeiten mit den Richtlinien zur ÖGD</p>				
<p>Personalschutz</p>				
<p><u>2. Oesophago-Gastro-Duodenoskopie</u></p>				
<p>2.1. Patientenvorbereitung</p>				
<p>Patientenübernahme vom Pflegepersonal</p>				
<p>allg. Medikamentenvorbereitung</p>				
<p>Lagerung</p>				
<p>Patienten - Dokumentation</p>				
<p>2.2 Assistenz vor, während und nach der Untersuchung</p>				
<p>Gerätekontrolle</p>				
<p>Vorbereitung des Gerätes vor der Gastroskopie</p>				
<p>Achten auf das Mundstück</p>				
<p>Assistenz beim Schieben des Endoskops</p>				
<p>Patientenüberwachung, - beobachtung, - begleitung</p>				
<p>Bedienung der Biopsiezange</p>				
<p>Bedienung verschiedener Fremdkörperzange</p>				
<p>Bedienung der Einmal - Sklerosierungsnadel</p>				

				
Umgang mit Aethoxysklerol				
Umgang mit Gewebekleber				
Bedienung des Clip-Applikator				
Assistenz bei der Gummiband-Ligatur				
Bedienung der Polypektomieschlinge				
Assistenz bei der Chromoendoskopie				
Assistenz bei der Mukosektomie				
Platz für spezielle hausinterne Untersuchungen können eingefügt werden				
2.3 Nachsorge des Patienten				
Säuberung und Umlagerung				
ggfs. Überwachung				
Übergabe an die weiterbetreuenden Pflegepersonen				
2.4 Nachbereitung von Endoskop und Instrumentarium				
Vorreinigung des Gastroskops mit Kontrolle auf Beschädigung-Dichtigkeitstest (nach RKI-Richtlinien)				
Vorreinigung des Instrumentariums (nach RKI-Richtlinien)				
Benutzung des Ultraschall – Bades (nach RKI-Richtlinien)				
Einlegen des Gastroskops in den ETD				
Manuelle Geräteaufbereitung mit Dichtigkeitstest (RKI)				
Reinigung Untersuchungsliege und Vorbereitung für den nächsten Patienten				
Patientenbestellung und –transport / PC				

2.5 Administrative Aufgaben				
Versorgung von Biopsiematerial / Schnelltest				
Versand von Biopsiematerial				
Dokumentation				
Patientenbestellung und –transport				
2.6 Vorbereitung, Assistenz und Nachsorge bei therapeutischen Eingriffen				
2.6.1 PEG / PEJ				
Vorbereitung des Patienten				
Bereitstellen des Instrumentariums				
Vorbereiten des sterilen Tisches				
Assistenz während der Untersuchung				
Verband der PEG				
Nachsorge des Patienten				
Übergabe an die weiterbetreuenden Pflegepersonen				
Nachsorge des Instrumentariums				
Administrative Nachsorge				
2.6.2 Bougierung nach Savary-Gillard				
Vorbereitung des Patienten				
Bereitstellen der Bougie-Stäbe mit Führungsdraht				
Vorbereiten eines separaten Tisches				
Assistenz während der Untersuchung				
Nachsorge des Patienten				
Übergabe an die weiterbetreuenden Pflegekräfte				
Hygienische Aufbereitung der Bougies und des Instrumentariums				
Administrative Nachsorge				

2.6.3 Pneumatische und hydrostatische Ballon - Dilatation				
Vorbereitung des Patienten				
Vorbereiten des Dilatations-Ballons / Manometer				
Vorbereiten des Achalasie –Ballons / Manometer				
Assistenz während der Untersuchung				
Nachsorge und Übergabe des Patienten				
Hygienische Aufbereitung der Instrumentarien (RKI)				
Administrative Nachsorge				
2.7 Technik				
Kaltlichtquelle				
Bedienung des Videoprocessor mit Adapter				
Benutzung des Pulsoymeters, der Blutdruckeinheit, EKG und O ₂ -Einheit				
Benutzen der Absaugeinheit				
Benutzen des HF-Chirurgie-Gerätes und des Argon-Beamers				
Zusammenarbeit mit der Medizintechnik				
Versenden von defekten Endoskopen				
Bestellung eines Leihgerätes				

Die Checklisten sind beliebig zu erweitern, es können alle Geräte und Instrumente, die in der Abteilung vorhanden sind, eingefügt werden.

Zur Vereinfachung der neuen Bezeichnung für unseren Beruf „ Gesundheits- und Krankenpflegerin/ -pfleger“ haben wir den gängigen Begriff Pflegepersonal/ Pflegepersonen gewählt.

9. RICHTLINIEN ZUR UNTERSUCHUNG UND ZU EINGRIFFEN AM OBEREN GASTROINTESTINALTRAKT

9.1 RICHTLINIE ZUR ÖSOPHAGO-GASTRO-DUODENOSKOPIE (ÖGD)

Administrative Vorbereitung zur Untersuchung

Allgemeine administrative Vorbereitung

- Anmeldung der Untersuchung
- Weiterleiten besonderer Informationen des Patienten; z.B. Vorerkrankungen, Allergien, Infektionen, durchgeführte Operationen (z.B. Magen-OP's), Gesamtsituation des Patienten
- Bereitstellung der notwendigen Patientendokumente und Überprüfung auf Vollständigkeit
- komplette Patientenakte (einschließlich Pflegeplanung, Dokumentation und Pflegebericht)
- Vorbefunde
- Untersuchungsbefunde (z.B. Sonographie, Computertomogramm, Röntgenbilder)
- Laborparameter (z.B. Blutbild, Gerinnungsstatus)
- Einverständniserklärung
- Fragestellung

Spezielle administrative Vorbereitung

- Überwachungsbogen vorbereiten
- Heraussuchen von Vorbefunden veranlassen
- Versandvorbereitung von Untersuchungsmaterial
- Überprüfen der Patientenunterlagen auf Vollständigkeit
- Dokumentation der pflegerischen Maßnahmen

Pflegerische Vorbereitung zur Untersuchung

Allgemeine pflegerische Maßnahmen

- Pflegegespräch führen, in Bezug auf die bevorstehende Untersuchung, dem individuellen Bedarf des Patienten angepasst
- Patient auf 6 stündliche Nahrungskarenz und 12 stündliche Nikotinkarenz hinweisen
- Vorbereiten und verabreichen der Medikamente nach Arztanordnung
- Hinweis zur Blasen- und Darmentleerung
- Hilfestellung zur Blasen- und Darmentleerung
- situationsgerechten Transport gewährleisten
- ambulante Patienten informieren, dass bei Prämedikation 24h Fahruntüchtigkeit besteht, keine Maschinen bedient werden dürfen und die Konzentration beeinträchtigt ist
- Hinweis auf zeitlichen Rahmen geben

Spezielle pflegerische Maßnahmen

- Übernahme des Patienten
- Kontaktaufnahme durch die betreuende Pflegekraft / Angehörige
- spezielles, individuelles Pflegegespräch anbieten
- Vereinbarung eines Verständigungszeichens während der Untersuchung
- Vermittlung eines Gespräches Patient-Untersucher-Angehörige
- Information zur Entfernung von Zahnprothetik, Brille, etc.
- Hilfestellung zur Entfernung von Zahnprothetik, Brille, etc.
- sichere Aufbewahrung der Prothetik / Wertgegenstände und Dokumentation
- Information zur korrekten Lagerung, unter Berücksichtigung der individuellen Patientensituation
- Hilfestellung zur korrekten Lagerung, unter Berücksichtigung der individuellen Patientensituation
- sichere, angenehme Lagerung auf dem Untersuchungstisch ermöglichen
- angenehme Raumtemperatur herstellen
- gedämpfte Geräuschkulisse gewährleisten
- Patienten zudecken
- Atemtechnik einüben
- zum Schlucktraining anleiten
- Intimsphäre des Patienten wahren

Vorbereitung des Untersuchungsraumes

Vorbereiten der medizinisch-technischen Geräte

- leistungsstarke Lichtquelle
- Spülflasche, mit sterilem Wasser 2/3 gefüllt
- eine Absaugeinheit für das Endoskop
- eine Absaugeinheit mit angeschlossenem Absaugkatheter, zur Rachenabsaugung
- Geräte zur Bilddokumentation: z.B. Videorecorder, Monitor, Printer, Fotoapparat
- Monitoring zur Vitalzeichenkontrolle:
 - Pulsoxymeter
 - RR-Gerät
 - EKG-Gerät
 - Sauerstoffgerät

Alle medizinisch-technischen Geräte sind vor jedem Einsatz auf ihre korrekte Funktion zu überprüfen, der Check ist zu dokumentieren.

Vorbereitung des Instrumententisches

- Trinkbecher mit Entschäumer zum Trinken
- Beißschutzringe
- Kompressen
- Gleitgel
- Spray zur Rachenanästhesie mit Sprühkopf
- Spülflüssigkeit mit eventuell Entschäumerzusatz
- Spritzen zur Applikation der Spülflüssigkeit
- Gastroskop (Gerätetyp entsprechend der Fragestellung)
- zur Gewinnung von Untersuchungsmaterial:
 - Biopsie-Zangen (steril verpackt)
 - Schälchen, mit NaCl 0,9% gefüllt
 - Formalinröhrchen / Untersuchungsröhrchen
 - Urease-Schnelltest
 - Splitterpinzette oder Holzstäbchen
 - Sekretfalle
 - Zytologiebürsten (steril verpackt)
 - Reagenzröhrchen, Objektträger

Im Falle einer gastrointestinalen Blutung griffbereit vorhanden:

Epinephrin, NaCl 0,9%, etc.
Einmal-Injektionsnadeln

- Vorbereitung der Medikamente zur i.v.- Injektion (s. Standard)

Vorbereitung der Schutzmaßnahmen

Personalschutz:

- Schutzkittel (langärmelig, mit Bündchen an Arm und Hals, rückwärtig schließbar)
- flüssigkeitsdichte Schürzen oder Kittel
- unsterile Einmalhandschuhe

Patientenschutz:

- saugfähige Unterlage
- flusenfreie Einmaltücher
- Nierenschale
- Patientenschutzhemd
- Rückenstütze
- Lagerungshilfsmittel
- verschließbare Becher zur Ablage von Zahnprothetik und Brille

Vorbereitung der Notfalleinrichtung

- regelmäßig überprüfter Notfallkoffer griffbereit
- Sauerstoffzufuhr einsatzfähig bereithalten

Vorbereitung vom Sonstigem

- Behältnis mit reinigender Lösung, (max. 2l)
- Instrumentenabwurf
- Wäscheabwurf
- Abfallsammelbehälter, nach Müllart getrennt
- Besondere Vorbereitung bei bekannt infektiösen Patienten nach RKI-Richtlinien

Ablauf der Untersuchung

Pflegerische Begleitung des Patienten

- über den Untersuchungsablauf informieren
- zum Trinken der Entschäumerlösung auffordern
- Hilfestellung beim Trinken der Entschäumerlösung
- zur Mitarbeit motivieren
- Beißschutzring einsetzen (abhängig von der Einführtechnik des Untersuchers)
- beim Einführen des Endoskops zum Schlucken auffordern
- Patienten zum ruhigen und konzentrierten Atmen motivieren
- auf korrekten Sitz des Beißschutzringes achten
- nonverbale Signale (Mimik, Gestik) des Patienten wahrnehmen und entsprechend reagieren
- mit dem Patienten kommunizieren (verbal, nonverbal)
- Körperkontakt ermöglichen
- Untersuchungsschritte angemessen weitergeben
- Vitalzeichen beobachten
- Maßnahmen zur Aspirationsprophylaxe:
auf korrekte Einhaltung der Linksseitenlage achten, Einsatz von Lagerungsmitteln,
Speichelfluss beobachten
- saugfähige Unterlage wechseln
- Rachenabsaugung durchführen
- Hilfestellung zum Säubern geben

Mitarbeit bei Diagnostik und Therapie

Untersuchungsablauf:

- Anlegen des Monitoring (Pulsoxymeter, RR-Gerät, EKG-Gerät) zur Vitalzeichenkontrolle, abhängig von Prämedikation und Allgemeinzustand des Patienten
- Vitalzeichenkontrollen durchführen, abhängig von Prämedikation und Allgemeinzustand des Patienten
- Rachenanästhesie verabreichen, nach Arztanordnung
- Assistenz bei der i.v.- Injektion
- Hilfestellung beim Einführen des Gastroskops
- halten evtl. führen des Endoskops
- Entgegennahme des Endoskops nach Beendigung der Untersuchung
- erstes Durchsaugen des Endoskops mit reinigender Lösung
- Endoskop zur Instrumentenaufbereitung weiterleiten

Biopsiegewinnung

- PE-Zange korrekt aus Sterilgutverpackung nehmen
- Funktionskontrolle durchführen
- PE-Zange anreichen, unter Beachtung der Hygieneregeln
- Anweisungen des Untersuchers wiederholen und Zange entsprechend bedienen
- Hilfestellung beim Herausziehen der Zange aus dem Gastroskop, unter Beachtung der Hygieneregeln
- Biopsiematerial aus den Zangenbranchen entnehmen und in die entsprechenden Gefäße geben
- Begutachtung des Biopsiematerials und Weitergabe der Informationen an den Untersucher

Bilddokumentation

- Kontrolle bzw. Vorbereitung der EDV
- Videorecorder bzw. Printer bedienen und entsprechende Informationen eingeben

Nachsorge des Patienten nach erfolgter Untersuchung

Allgemeine pflegerische Nachsorgemaßnahmen:

- Patienten das Untersuchungsende mitteilen
- Hilfestellung beim Säubern geben
- Patienten beobachten und die individuelle Situation einschätzen und entsprechend handeln
- Hilfestellung beim Aufrichten und Aufstehen geben
- Hilfestellung beim Umlagern ins Bett geben
- Patient betten und lagern
- Rückgabe von Prothetik und Wertgegenständen
- Gelegenheit zum Mundspülen geben
- Vitalzeichenkontrollen weiterführen
- Vermittlung eines Gespräches Patient-Untersucher-Angehörige
- prämedizierte Patienten solange überwachen, bis die Übergabe an die weiterbetreuenden Kollegen oder die Entlassung erfolgt
- situationsgerechten Rücktransport gewährleisten

Spezielle Nachsorgemaßnahmen

- Hinweis zur Nahrungsaufnahme (1-2h), nach Arztanordnung

Administrative Nachsorge nach erfolgter Untersuchung

Allgemeine administrative Nachsorge

Untersuchungsmaterial:

- gewonnenes Untersuchungsmaterial beschriften
- Präparat zum Versand vorbereiten
- Versand veranlassen
- Rücklauf der Untersuchungsergebnisse überprüfen und weiterleiten

Bilddokumentation:

- Printerbilder an die Dokumentation heften
- Diafilme beschriften
- Videoaufzeichnungen identifizieren

Leistungserfassung:

- Untersuchungsdaten für Statistik und Abrechnungsmodalitäten sichern
- Materialverbrauch im Standard hinterlegen
- Personaleinsatz und Zeitbindung dokumentieren
- EDV-Dokumentation abschließen

Spezielle administrative Nachsorge

- Überwachungsbogen führen
- pflegerische Daten in der Patientenakte, EDV-System dokumentieren
- Pflegebericht anfertigen, pflegerischen Nachsorgestandard für die weiterbetreuenden Kollegen ansetzen
- Termin zur eventuellen Kontrolluntersuchung vereinbaren
- Rückgabe der Patientendokumente

Nachsorge des Untersuchungsraumes und der Instrumente

- nach den RKI-Richtlinien

Die nachfolgenden Richtlinien beinhalten die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zur ÖGD. Um Wiederholungen zu vermeiden wurden nur die Abweichungen zur oben erstellten Richtlinie dokumentiert.

9.2 RICHTLINIE ZUR ENDOSKOPISCHEN BLUTSTILLUNG DURCH UNTERS- SPRITZUNGSTECHNIK UND ZUR SKLEROSIERUNG VON ÖSOPHAGUSVARIZEN

Vorbereitung des Untersuchungsraumes

Vorbereiten des Instrumententisches

Instrumentarium zur endoskopischen Blutstillung in Unterspritzungstechnik:

- Einmal-Injektionsnadeln (steril verpackt)
- Spritzen mit Luer-Lock-Ansatz
- Kanülen oder Spikes zum Aufziehen
- Epinephrin 1:10000
- NaCl 0,9%
- Spülflüssigkeit
- Spritzen mit Spülkonus
- Endo wascher
- Instrumentarium und Agenzien zur Fibrinklebung
- Instrumentarium und Agenzien zur Therapie der Oesophagusvarizenblutung
- Clip-Applikator mit Zubehör

Instrumentarium unter keimarmen Kautelen vorbereiten

Ablauf der Untersuchung

Pflegerische Begleitung des Patienten

- Schmerzangaben des Patienten beobachten und weiterleiten
- engmaschige Vitalzeichenkontrollen durchführen
- Kleidung und Umgebung des Patienten vor Verunreinigungen schützen

Bei einer akuten Blutung aus dem oberen GI-Trakt besteht eine erhöhte Aspirationsgefahr, daher:

- Verzicht auf Rachenanästhesie
- verstärkte Beachtung der Aspirationsprophylaxe

Mitarbeit bei Diagnostik und Therapie

Durchführung der endoskopischen Blutstillung:

- Einmal-Injektionsnadel korrekt aus der Sterilgutverpackung nehmen
- Funktionskontrolle durchführen
- Einmal-Injektionsnadel mit Epinephrin 1:10 000 füllen
- Einmal-Injektionsnadel anreichen
- Anweisungen des Untersuchers wiederholen und Injektionsnadel entsprechend bedienen (Ausfahren und Einfahren der Nadel)
- Assistenz beim Applizieren des Epinephrins , auf Arztanordnung
- Mitteilung der verabreichten Menge in ml-Angaben
- Hilfestellung beim Herausziehen der Injektionsnadel aus dem Endoskop, unter Beachtung der Hygieneregeln

Auf keimreduziertes Arbeiten während des gesamten Untersuchungsablaufes achten

Nachsorge des Patienten nach erfolgter Untersuchung

Allgemeine pflegerische Nachsorge

- engmaschige Vitalzeichenkontrollen nach ärztlicher Anordnung durchführen

Spezielle Nachsorgemaßnahmen

- Blutwertkontrollen veranlassen, nach Arztanordnung
- Beratung über Nahrungsaufnahme, nach Arztanordnung
z.B. am Untersuchungstag: parenterale Ernährung
am Folgetag / 2.Tag: Kostaufbau, wenn alle Parameter o.B.

Administrative Nachsorge nach erfolgter Untersuchung

Spezielle administrative Nachsorge

- endoskopische Kontrolle veranlassen, nach Arztanordnung

Leistungserfassung:

- Untersuchungsdaten für Statistik und Abrechnungsmodalitäten sichern

- Materialverbrauch im Standard hinterlegt
- Personaleinsatz und Zeitbindung dokumentieren
- EDV-Dokumentation abschließen

Nachsorge des Untersuchungsraumes und der Instrumente

- nach den RKI-Richtlinien

9.3 RICHTLINIE ZUR POLYPEKTOMIE

Administrative Vorbereitung zur Untersuchung

Allgemeine administrative Vorbereitung

- Weiterleiten besonderer Informationen über den Patienten
z.B. Herzschrittmacher, Gelenkprothesen

Pflegerische Vorbereitung zur Untersuchung

Spezielle pflegerische Maßnahmen

- Über die Maßnahmen bei der Anwendung von Hochfrequenzstrom informieren (z.B. Neutralelektrode, Lagerung)
- Verbrennungssichere Lagerung des Patienten:
auf einer trockenen, saugfähigen, flüssigkeitsundurchlässigen Unterlage
- Kontakt mit Metall und anderen leitfähigen Gegenständen vermeiden
- Haut-zu-Haut-Kontakte an Extremitäten vermeiden
- Allgemeine Regeln zum Anlegen der Einmal - Neutralelektrode:
auf trockener Haut
großflächig anbringen
Neutralelektrode sicher, korrekt und fest anbringen
möglichst nah am OP-Feld (kurzer Weg von Aktiv- zur Neutralelektrode)
Anbringen über Gelenkprothesen, Narbengewebe und Knochenvorsprünge
vermeiden
- Gebrauchsanweisung der Hersteller beachten

Vorbereitung des Untersuchungsraumes

Vorbereiten der medizinisch-technischen Geräte

- Hochfrequenzchirurgiegerät mit Zubehör (Fußpedal, Neutralelektrode mit Anschlusskabel, Anschlusskabel für Polypektomieschlingen)

Vorbereitung des Instrumententisches zur Polypektomie

- Polypektomieschlingen (steril verpackt) verschiedene Typen, abhängig von der Handhabung des Untersuchers
- bei infektiösen Patienten Einmalmaterial verwenden
- Polypengreifer, -fangnetz und Körbchen (steril verpackt) zum Bergen von Polypen
- Polypenfalle zum Absaugen und Bergen kleiner Polypen

Im Falle einer Blutung nach Polypektomie folgendes griffbereit vorhanden:

- Epinephrin, NaCl 0,9%
- Einmal-Injektionsnadel
- Clip-Applikator mit Clips

Instrumentarium unter keimarmen Kautelen vorbereiten

Ablauf der Untersuchung

Pflegerische Maßnahmen bei Anwendung von Hochfrequenzstrom

- Haut des Patienten trocken halten
- auf korrekten Sitz der Neutralelektrode achten
- vor direkter Anwendung von Hochfrequenzstrom korrekte Gesamtlagerung des Patienten überprüfen

Mitarbeit bei Diagnostik und Therapie

Polypektomie:

- Polypektomieschlinge aus der Sterilgutverpackung nehmen
- Funktionskontrolle durchführen
- Polypektomieschlinge anreichen, unter Beachtung der Hygieneregeln
- Anweisungen des Untersuchers wiederholen und Polypektomieschlinge unter Sicht entsprechend handhaben (Ausfahren und Zuziehen der Schlinge)
- Weiterleiten der Information, wenn die Schlinge zugezogen ist (Druckpunkt / Widerstand)
- Hilfestellung beim Herausziehen der Schlinge aus dem Endoskop, unter Beachtung der Hygieneregeln
- Instrumentarium zur Aufbereitung und Entsorgung weiterleiten

Betätigung der Schlinge nur unter Sicht

Polypenbergung:

- Instrumentarium zum Bergen des Polypen (Schlinge, Greifer, Körbchen) aus der Sterilgutverpackung nehmen
- Funktionskontrolle durchführen
- Instrumentarium anreichen, unter Beachtung der Hygieneregeln
- Anweisungen des Untersuchers wiederholen und Instrumentarium entsprechend handhaben (Ausfahren und Zuziehen)
- Hilfestellung beim Herausziehen des Instrumentariums aus dem Endoskop, unter Beachtung der Hygieneregeln
- Assistenz beim Bergen des Polypen
- Begutachtung des Polypen und Weiterleitung der Informationen an den Untersucher
- Präparat zum Versand vorbereiten und versenden

Nachsorge des Patienten nach erfolgter Untersuchung

Allgemeine pflegerische Nachsorge

- engmaschige Vitalzeichenkontrollen nach ärztlicher Anordnung

Spezielle pflegerische Nachsorgemaßnahmen

- Blutwertkontrollen veranlassen, nach Arztanordnung
- Informationen über Verhaltensregeln nach der Polypektomie, körperliche Anstrengungen in den nächsten Tagen vermeiden
- Hinweis auf Stuhlkontrollen
- ambulante Patienten über Anzeichen von GI-Blutungen informieren und auf die Notwendigkeit der umgehenden ärztlichen Kontrolle im Falle einer Blutung hinweisen (Notfall-Telefonnummer und Infoblatt mitgeben)
- Hinweis auf Nahrungsaufnahme, nach Arztanordnung

Nachsorge des Untersuchungsraumes und der Instrumente

nach den RKI-Richtlinien

9.4 RICHTLINIE ZUR CLIP-TECHNIK

Vorbereitung des Untersuchungsraumes

Vorbereiten des Instrumententisches

- Clip-Applikator (steril verpackt)
- Clips (steril verpackt)

Instrumentarium unter keimarmen Kautelen vorbereiten

Ablauf der Untersuchung

Mitarbeit bei Diagnostik und Therapie

Applikation des Clips:

- Clip-Applikator aus der Sterilgutverpackung nehmen
- Funktionskontrolle durchführen
- bei infektiösen Patienten Einmal-Clip-Applikator verwenden

- konnektieren des einzelnen Clips am Applikator, unter Beachtung der Hygieneregeln
- vorbereiteten Clip-Applikator anreichen, unter Beachtung der Hygieneregeln
- Anweisungen des Untersuchers wiederholen und Applikator entsprechend handhaben
- (Ausfahren, Spannen, Applizieren des Clips, einfahren)
- Hilfestellung beim Herausziehen des Applikators, unter Beachtung der Hygieneregeln
- Applikator zum erneuten Clippen vorbereiten
- Überprüfung der korrekten Funktion des Applikators nach Beendigung des Eingriffs
- Clip-Applikator zur Instrumentenaufbereitung weiterleiten

Herstellerangaben beachten und sorgfältig ausführen

Auf keimreduziertes Arbeiten während des Eingriffs achten

Nachsorge des Patienten nach erfolgter Untersuchung

Allgemeine pflegerische Nachsorge

- engmaschige Vitalzeichenkontrollen nach ärztlicher Anordnung

Spezielle Nachsorgemaßnahmen

- Blutwertkontrollen veranlassen, nach Arztanordnung
- Hinweis zur Nahrungsaufnahme nach Arztanordnung

Administrative Nachsorge nach erfolgter Untersuchung

Spezielle administrative Nachsorge

- endoskopische Kontrolle veranlassen, auf Arztanordnung

Nachsorge des Untersuchungsraumes und der Instrumente

- nach den RKI-Richtlinien

9.5 RICHTLINIE ZUR ÖSOPHAGUSVARIZENLIGATUR

Pflegerische Vorbereitung zur Untersuchung

Spezielle pflegerische Vorbereitung

- Hinweis auf Druckgefühl im Rachen und hinter dem Brustbein
- Hinweis auf stärkere Sedierung geben
- Hinweis auf Hilfestellungen geben

Vorbereitung des Untersuchungsraumes

Vorbereiten der medizinisch-technischen Geräte:

- siehe Standard ÖGD

Vorbereitung des Instrumententisches

- Einmalligatursset nach Herstellerangaben vorbereiten

Instrumentarium unter keimarmen Kautelen vorbereiten

Ablauf der Untersuchung

Pflegerische Begleitung des Patienten

- Patient zum ruhigen und konzentrierten Atmen motivieren
- auf Schmerzreaktionen des Patienten achten

Mitarbeit bei Diagnostik und Therapie

- Vorbereiten des Einmalligaturssets, je nach Hersteller
- Überprüfen der Saugleistung
- Entgegennehmen des Endoskopes nach erfolgter Ligatur, unter Beachtung der Hygieneregeln
- Weiterleitendes Instrumentariums zur Aufbereitung und Entsorgung

Auf keimreduziertes Arbeiten während des Eingriffs achten

Nachsorge des Patienten nach erfolgter Untersuchung

Allgemeine pflegerische Nachsorge:

- engmaschige Vitalzeichenkontrollen nach ärztlicher Anordnung

Spezielle Nachsorgemaßnahmen

- Patientenlagerung mit erhöhtem Oberkörper, 30 Grad
- Beratung über Nahrungsaufnahme, nach Arztanordnung

Administrative Nachsorge nach erfolgter Untersuchung

Spezielle administrative Nachsorge:

- siehe Standard ÖGD

Nachsorge des Untersuchungsraumes und der Instrumente

- nach den RKI-Richtlinien

9.6 RICHTLINIE ZUR GEWEBEKLEBUNG

Vorbereitung des Untersuchungsraumes

Vorbereiten der medizinisch-technischen Geräte

- Vorbereitung der Röntgenanlage veranlassen (abhängig von der Handhabung des Untersuchers)

Vorbereitung des Instrumententisches

- Einmal-Injektionsnadeln
- Gewebekleber
- Lipiodol® Amp.
- NaCl 0,9%
- 2ml Spritzen mit Luer-Lock-Ansatz
- Skalpell (zum Öffnen der Gewebekleber-Amp.)
- Silikon-Oel in 10ml Spritzen
- Silikon-Spray

Instrumentarium unter keimarmen Kautelen vorbereiten

Vorbereitung von Schutzmaßnahmen

Personalschutz:

- Schutzbrillen

Patientenschutz:

- Schutzbrillen

Strahlenschutz: (falls Röntgen benötigt wird)

Röntgenverordnung beachten

Ablauf der Untersuchung

Pflegerische Begleitung des Patienten

- Patienten über die Notwendigkeit eines Augenschutzes informieren, Patienten Schutzbrille aufsetzen
- auf korrekten Sitz des Augenschutzes achten

Mitarbeit bei Diagnostik und Therapie: Gewebeklebung

Vorbereiten der Klebersubstanz und des Instrumentariums:

- 0,5ml Gewebekleber und 0,5ml Lipiodol® in einer 2ml Spritze aufziehen
- die ölige Substanz gut mischen
- Einmal-Injektionsnadel aus der Sterilgutverpackung nehmen
- Funktionskontrolle durchführen
- Einmal-Injektionsnadel entweder mit NaCl 0,9% oder mit Lipiodol® füllen und griffbereit legen

Vorbereiten des Endoskopes:

- Distalende des Endoskopes mit Silikonöl einreiben, um Verklebungen mit Gewebekleber zu vermeiden
- 10ml Spritze gefüllt mit Silikonöl zum Silikonisieren des Instrumentierkanals bereitlegen, um Verklebungen des Kanals mit Gewebekleber zu vermeiden

Durchführung der Gewebeklebung:

- nach Einstellung der Blutungsquelle Anreichen der Silikonöl gefüllten Spritze (je nach Handhabung des Untersuchungsteams)

- Silikonöl in den Instrumentierkanal spritzen, auf Anordnung des Untersuchers
- Einmal-Injektionsnadel anreichen, unter Beachtung der Hygieneregeln
- Anweisungen des Untersuchers wiederholen und Injektionsnadel entsprechend bedienen (Ausfahren und Einfahren der Nadel)
- Aufsetzen der Spritze mit Gewebekleber - Lipiodol®-Gemisch, auf Anordnung des Untersuchers
- zügiges Spritzen der Lösung und sofortiges Nachspülen mit NaCl 0,9%, auf Anordnung des Untersuchers
- Hilfestellung beim Herausziehen der Injektionsnadel aus dem Gastroskop, unter Beachtung der Hygieneregeln
- Prüfen der Funktionstüchtigkeit der Injektionsnadel nach jedem Applizieren der Klebersubstanz und zum Abschluss der Gewebeklebung

Alle Personen im Raum tragen Schutzbrillen. Kommt es zu Spritzeffekten und gelangt Gewebekleber ins Auge, augenärztliche Untersuchung veranlassen.

Nachsorge des Patienten nach erfolgter Untersuchung

Allgemeine pflegerische Nachsorge

- engmaschige Vitalzeichenkontrollen nach ärztlicher Anordnung

Spezielle Nachsorgemaßnahmen

- Blutwertkontrollen veranlassen, nach Arztanordnung
- Beratung über Nahrungsaufnahme, nach Arztanordnung

Administrative Nachsorge nach erfolgter Untersuchung

Spezielle administrative Nachsorge

- ggf. auf Arztanordnung endoskopische Kontrolle am Folgetag veranlassen

Nachsorge des Untersuchungsraumes und der Instrumente

- nach den RKI-Richtlinien
- Kleberrückstände am Endoskop mit Aceton beseitigen
- Einmalartikel entsorgen

9.7 RICHTLINIE ZUR OESOPHAGUS-BOUGIERUNG NACH SAVARY- GILLARD

Administrative Vorbereitung zur Untersuchung

Allgemeine administrative Vorbereitung:

- Untersuchungsbefunde (z.B. Oesophagusbreischluck, ÖGD- Befund, Computertomogramm)
- Organisation der Anästhesie veranlassen, wenn der Eingriff in Allgemeinanästhesie geplant ist

Vorbereitung des Untersuchungsraumes

Vorbereiten der medizinisch-technischen Geräte

- Vorbereitung der Röntgenanlage oder des C-Bogens veranlassen (falls Röntgen benötigt wird)

Vorbereitung des Instrumententisches

- bei hochgradigen Stenosen pädiatrisches oder dünnkalibriges Gastroskop
- röntgenkontrastgebende Markierungsstifte zur Stenosenmarkierung auf der Haut (falls Röntgen benötigt wird)
- Pflaster zur Fixierung der Markierungsstifte

separater Instrumententisch zur Bougierung

- flüssigkeitsundurchlässiges Abdecktuch
- Bougierungsset nach Savary-Gillard (steril verpackt)
- flexibler Führungsdraht, 0.035", 260cm Länge (steril verpackt)
- Kompressen
- Gleit-Gel

Instrumentarium unter keimarmen Kautelen vorbereiten

Vorbereitung der Schutzmaßnahmen

Strahlenschutz (falls Röntgen benötigt wird) :
Röntgenverordnung beachten

Ablauf der Untersuchung

Pflegerische Begleitung des Patienten

- Hilfestellungen bei notwendigem Umlagern des Patienten geben
- Schmerzäußerungen des Patienten beobachten und an den Untersucher weiterleiten
- Wird der Eingriff in Allgemeinanästhesie durchgeführt, liegt die Betreuung des Patienten während des Eingriffs im Verantwortungsbereich des Anästhesieteams

Findet der Eingriff in Rückenlage statt, besteht erhöhte Aspirationsgefahr.

Mitarbeit bei Diagnostik und Therapie

Durchführung der Bougierung

- Bei Erstbougierung: Markierung der Stenosegrenzen mit Markierungsstiften, unter der radiologisch-endoskopisch kombinierter Kontrolle, nach Arztanordnung
- Führungsdraht aus der Sterilgutverpackung nehmen
- Anreichen eines Führungsdrahtes, nach Arztanordnung
- Hilfestellung beim Einführen des Führungsdrahtes
- Assistenz beim Zurückziehen des Endoskopes
- Entgegennahme und Ablage des Endoskopes, unter Beachtung der Hygieneregeln
- Entfernen des Beißschutzringes
- sichere Position des Führungsdrahtes gewährleisten, durch kontinuierliches Fixieren des Führungsdrahtes am Mundwinkel des Patienten
- Auswahl des jeweiligen Bougierungssets nach Arztanordnung

Bougierung mit dem Set nach Savary-Gillard

- Bougies aus der Sterilgutverpackung nehmen
- Bougies mit Gel gleitfähig machen
- Anreichen der Bougies
- Hilfestellung beim Auffädeln und Einführen des jeweiligen Bougies
- Entgegennahme und Ablage der Bougies, unter Beachtung der Hygieneregeln
- Entfernen und Ablage des Führungsdrahtes
- Hilfestellung beim Einführen des Gastroskopes zur Kontrolle des Bougierungsbefundes
- Entgegennahme des Endoskopes nach Beendigung der Untersuchung, unter Beachtung der Hygieneregeln
- Entfernen der Markierungsstifte
- Weiterleiten des Bougierungsinstrumentariums zur Instrumentenaufbereitung

Auf ein keimreduziertes Arbeiten während des Eingriffs achten.

Nachsorge des Patienten nach erfolgter Untersuchung

Allgemeine pflegerische Nachsorge

- Wurde der Eingriff in Allgemeinanästhesie durchgeführt, verbleibt der Patient zunächst in der Betreuung des Anästhesieteams
- engmaschige Vitalzeichenkontrollen nach ärztlicher Anordnung

Spezielle pflegerische Nachsorge

- Beratung über Nahrungsaufnahme, nach Arztanordnung

Administrative Nachsorge nach erfolgter Untersuchung

Spezielle administrative Nachsorge:

- radiologische Kontrolle des Befundes veranlassen, nach Arztanordnung

Nachsorge des Untersuchungsraumes und der Instrumente

- nach den RKI-Richtlinien

9.8 RICHTLINIE ZUR PNEUMATISCHEN UND HYDROSTATISCHEN DILATATION

Administrative Vorbereitung zur Untersuchung

Allgemeine administrative Vorbereitung:

- Untersuchungsbefunde (z.B. Ösophagusbreischluck, ÖGD- Befund, Computertomogramm)

Vorbereitung des Untersuchungsraumes

Vorbereiten der medizinisch-technischen Geräte

- Vorbereitung der Röntgenanlage oder des C-Bogens veranlassen

Vorbereitung des Instrumententisches

- bei hochgradigen Stenosen pädiatrisches oder dünnkalibriges Gastroskop
- röntgenkontrastgebende Markierungsstifte zur Stenosenmarkierung auf der Haut
- Pflaster

separater Instrumententisch zur pneumatischen Dilatation

- Flüssigkeitsundurchlässiges Abdecktuch
- Ballondilatator (steril verpackt)
- Manometer mit Adapter
- flexibler Führungsdraht, 0.035", 260cm Länge (steril verpackt)
- Kompressen
- Gleit-Gel

separater Instrumententisch zur hydrostatischen Dilatation

- steriles Schälchen mit Aqua dest.

Instrumentarium unter keimarmen Kautelen vorbereiten

Vorbereitung der Schutzmaßnahmen

Röntgenverordnung beachten

Ablauf der Untersuchung

Pflegerische Begleitung des Patienten:

- Hilfestellungen bei notwendigem Umlagern geben
- Schmerzäußerungen beobachten und an den Untersucher weiterleiten
- Patienten Hilfestellung beim Einführen des Dilatators geben

Es besteht generell eine erhöhte Aspirationsgefahr. Maßnahmen der Aspirationsprophylaxe verstärkt beachten.

Mitarbeit bei Diagnostik und Therapie

Pneumatische Dilatation

- Markierung der Stenosegrenzen mit Markierungsstiften, unter der radiologisch-endoskopisch kombinierter Kontrolle, nach Arztanordnung
- Auswahl des jeweiligen Führungsdrahtes nach Arztanordnung
- Führungsdraht aus der Sterilgutverpackung nehmen
- Anreichen eines Führungsdrahtes, nach Arztanordnung
- Hilfestellung beim Einführen des Führungsdrahtes, unter Beachtung der Hygieneregeln
- Assistenz beim Zurückziehen des Endoskops
- Entgegennahme und Ablage des Endoskops, unter Beachtung der Hygieneregeln
- Entfernen des Beißschutzringes
- sichere Position des Führungsdrahtes gewährleisten, durch kontinuierliches Fixieren des Führungsdrahtes am Mundwinkel des Patienten
- Dilatator aus der Sterilgutverpackung nehmen
- Funktionskontrolle durchführen nach Herstellerangaben
- Gleitfähig machen des Dilatators
- Anreichen des Dilatators
- Hilfestellung beim Auffädeln und Einführen des Dilatators, unter Beachtung der Hygieneregeln
- Anreichen des Manometers
- Dilatationsdruck beachten

- Zeitangaben an den Untersucher weiterleiten
- Hilfestellung beim Entfernen des Dilatators
- Entgegennahme und Ablage des Dilatators und des Führungsdrahtes, unter Beachtung der Hygieneregeln
- Hilfestellung beim erneuten Einführen des Endoskops
- Entgegennahme des Endoskops nach Beendigung der Untersuchung
- Entfernen der Markierungsstifte
- Weiterleiten des Instrumentariums zur Instrumentenaufbereitung

Hydrostatische Dilatation

- Vorbereitung des Dilatations-Ballons nach Herstellerangaben

Auf ein keimreduziertes Arbeiten während des Eingriffs ist zu achten.

Nachsorge des Patienten nach erfolgter Untersuchung

Allgemeine pflegerische Nachsorge

- engmaschige Vitalzeichenkontrollen nach ärztlicher Anordnung

Spezielle pflegerische Nachsorge

- Beratung über Nahrungsaufnahme, nach Arztanordnung

Administrative Nachsorge nach erfolgter Untersuchung

Spezielle administrative Nachsorge:

- radiologische Kontrolle des Befundes veranlassen, nach Arztanordnung

Nachsorge des Untersuchungsraumes und der Instrumente

- nach den RKI-Richtlinien

9.9 RICHTLINIE ZUR FÄRBETECHNIK / CHROMOENDOSKOPIE

Administrative Vorbereitung zur Untersuchung

Allgemeine administrative Vorbereitung

- Vorbefunde
- Terminplanung, da zeitaufwendige Untersuchung

Pflegerische Vorbereitung zur Untersuchung

- Patientenkleidung vor den Färbelösungen schützen
- Aspirationsprophylaxe (Oesophagus- Kopfhochlagerung, separate Absaugung)

Spezielle pflegerische Maßnahmen

Patienteninformationen

- Hinweisen bei Lugol´sche Lösung: substernales Brennen, Übelkeit, Schmerzen, jodhaltige Substanz
- Hinweisen bei Methylenblau: Grünfärbung des Urins / Stuhls
- Hinweis auf stärkere Sedierung geben

Vorbereitung des Untersuchungsraumes

Vorbereiten der medizinisch-technischen Geräte:

- Zoom-Videoendoskop

Vorbereitung des Instrumententisches

- Spezielle Sprühkatheter
- 10ml Luer-Look-Spritze mit Zwei-Wege-Hahn
- 20ml Spritze
- 100ml NaCl 0.9%
- 50ml Spülspritze mit Ansatz
- Biopsiezange
- Formalinröhrchen
- Versandmaterial

Instrumentarium unter keimarmen Kautelen vorbereiten

Mitarbeit bei Diagnostik und Therapie

Allgemeine Durchführung:

- vor der Färbung gründliche Reinigung des Areals durch Spülung, evtl. Mucolyse
- Aufsprühen der Farblösung kreisförmig / von distal nach proximal

Indigokarmin - Färbung

- Applikation von 5ml Indigokarmin mit 5ml Wasser in einer 10ml Luer-Look-Spritze mit Hähnchen über einen Sprühkatheter
- Kontinuierlich unter leichtem Druck versprühen
- Anschließend gezielte Biopsie

Färbung mit Lugol'sche Lösung

- Applikation von 10ml Lugol'sche Lösung in 10ml Luer-Look-Spritze mit Zwei-Wege-Hahn über eine Sprühkatheter
- Einwirkzeit beträgt 2 Min.
- Anschließend gezielte Biopsie

Jodallergie, Schilddrüsenüberfunktion beachten

Methylenblau – Färbung

- Mucolyse: 10-20ml Acetylstein-Lösung 10% (Fluimucil-Antidot®) über Sprühkatheter unter gleichmäßigem Druck zirkulär aufsprühen, nach Anordnung des Arztes
- Menge nach Befund, Einwirkzeit 2 Min.
- Applikation von 10 ml Methylenblau, in Luer-Look-Spritze mit Zwei-Wege-Hahn über eine Sprühkatheter
- Einwirkzeit: 3 Min.
- Spülung mit NaCl 0.9%, bis 300ml, hohen Druck vermeiden
- Anschließend gezielte Biopsie

Aspirationsgefahr im Oesophagus

Nachsorge des Patienten nach erfolgter Untersuchung

Allgemeine pflegerische Nachsorge

- engmaschige Vitalzeichenkontrollen nach ärztlicher Anordnung

Spezielle pflegerische Nachsorge:

- Beratung über Nahrungsaufnahme, nach Arztanordnung

Nachsorge des Untersuchungsraumes und der Instrumente

- nach den RKI-Richtlinien

9.10 RICHTLINIE ZUR ENDOSKOPISCHEN MUKOSARESEKTION (EMR)

Pflegerische Vorbereitung zur Untersuchung

- siehe Standard zur Polypektomie und Chromoendoskopie

Vorbereitung des Untersuchungsraumes

Vorbereiten der medizinisch-technischen Geräte:

- Zoom-Videoendoskop, bzw. Endoskop mit hochauflösender Bildtechnik
- Leistungsstarke Absaugung
- Hochfrequenzchirurgiegerät mit Zubehör

Vorbereitung des EMR Instrumententisches

- Einmal-Sklerosierungsnadel
- Distalkappen mit verschiedenen Ringen (Inue-Kappe)
- Einmal-Mucosektomieschlinge, unterschiedliche Typen

- Wasserfeste Pflasterstreifen
- Gewebegreifer oder Fangnetz
- Kleine Korkplatte zur Markierung und Feststecken des Gewebes mit Nadeln
- Instrumentarium zur Blutstillung bereithalten

Instrumentarium unter keimarmen Kautelen vorbereiten

Mitarbeit bei Diagnostik und Therapie

- Überprüfung der Saugleistung des Endoskops
- Aufsetzen der Distalkappe am Endoskop nach Herstellerangaben
- Evtl. Fixierung mit wasserfesten Pflasterstreifen
- Füllen der Einmal-Sklerosierungsnadel nach Arztangabe
- Assistenz bei der Unterspritzung des Areals
- Bis zum Untersuchungsende, hygienische Aufbewahrung der Sklerosierungsnadel
- Assistenz bei der Mucosaresektion mit Schlinge
- Klare Absprachen im Team besonders wichtig
- Bergen des Resektats
- Versorgen des Resektats
Aufspannen auf Korkplatte nach Vorgaben der Pathologie

Nachsorge des Patienten nach erfolgter Untersuchung

Allgemeine pflegerische Nachsorge

- engmaschige Vitalzeichenkontrollen nach ärztlicher Anordnung

Spezielle pflegerische Nachsorge

s. Polypektomie

Nachsorge des Untersuchungsraumes und der Instrumente

- entfernen der Inue-Kappe vom Endoskop
weiter nach den RKI-Richtlinien

9.11 RICHTLINIE ZUR ENDOSKOPISCH KONTROLLIERTEN PLATZIERUNG EINER ERNÄHRUNGSSONDE

Vorbereitung des Instrumententisches

- Führungsdraht, 0.035", 260cm Länge (steril verpackt)
- Ernährungssonde (steril verpackt)
- Silikon spray oder Silikonöl

Instrumentarium unter keimarmen Kautelen vorbereiten

Instrumentarium zum Umleiten der Sonde

- Gleitgel
- Katheter zum nasalen Umleiten der Sonde
- McGill-Zange
- Pflaster zum Fixieren der Sonde

Instrumentarium zur radiologischen Lagekontrolle der Sonde

- Adapter zum Spritzen von Kontrastmittel
- Spritzen mit Luer-Lock-Ansatz
- Kontrastmittel
- NaCl 0,9%

Ablauf der Untersuchung

Pflegerische Begleitung des Patienten

- ein Nasenloch des Patienten mit Gleitgel anästhesieren
- Kopf des Patienten unterstützen
- Patient zum Schlucken auffordern
- Patient zum ruhigen und konzentrierten Atmen motivieren
- Untersuchungsschritte angemessen weiterleiten

- Maßnahmen der Aspirationsprophylaxe:
Speichelfluss beobachten
saugfähige Unterlage wechseln
Rachenabsaugungen durchführen

Erfolgt der Eingriff in Rückenlage, besteht erhöhte Aspirationsgefahr.

Mitarbeit bei Diagnostik und Therapie

Durchführung der Sondenplatzierung

- Führungsdraht aus der Sterilgutverpackung nehmen
- Funktionsprüfung
- Anreichen des Führungsdrahtes nach Arztanordnung
- Hilfestellung beim Einführen des Führungsdrahtes, unter Beachtung der Hygieneregeln
- beim Zurückziehen des Endoskopes, entgegennehmen und ablegen des Endoskopes, unter Beachten der Hygieneregeln
- Anreichen des Instrumentariums zum Umleiten des Führungsdrahtes
- Assistenz beim nasalen Umleiten des Führungsdrahtes
- Fixieren des umgeleiteten Führungsdrahtes an der Nase
- Sonde aus der Sterilgutverpackung nehmen und die Funktion prüfen
- Sonde gleitfähig machen
- Hilfestellung beim Auffädeln der Sonde
- Assistenz beim Einführen der Sonde über den liegenden Draht
- Hilfestellung beim Entfernen des Führungsdrahtes
- Fixieren der Sonde mit Pflaster am Nasenflügel, unter Beachtung der Dekubitusprophylaxe
- Sonde so fixieren, dass sie Gesichtsfeld und Bewegungsfreiheit des Patienten nicht behindert
- radiologische Lagekontrolle und Dokumentation der Sonde durch Spritzen von Kontrastmittel, auf Arztanordnung

Auf ein keimreduziertes Arbeiten während des Eingriffes achten

Nachsorge des Patienten nach erfolgter Untersuchung

Spezielle Nachsorgemaßnahmen

- Patient über Verhaltensregeln im Umgang mit der Sonde informieren
- regelmäßiges Wechseln der Pflasterfixierung
- Nasenpflege ermöglichen
- Dekubitusprophylaxe am Nasenflügel und weiteren Klebestellen
- Anleiten zur Nahrungsaufnahme

Spezielle administrative Nachsorge

- radiologische Lagekontrolle veranlassen, nach Arztanordnung

Nachsorge des Untersuchungsraumes und der Instrumente

- nach den RKI-Richtlinien

9.12 RICHTLINIE ZUR PERKUTANEN- ENDOSKOPISCH- KONTROLLIERTEN GASTROSTOMIE (PEG) UND JEJUNOSTOMIE (PEJ)

Grundlage ist der Standard zur Gastroskopie, auch hier sind wieder nur die Abweichungen vom Gastroskopiostandard aufgeführt

Administrative Vorbereitung zur Untersuchung:

Allgemeine administrative Vorbereitung zur Untersuchung:

- Weiterleiten von besonderen Informationen des Patienten; z.B. Vorerkrankungen, Allergien, Infektionen, durchgeführte Operationen (z. B. B-II oder HNO- OPs, bekannte Stenosen), Gesamtsituation des Patienten
- Einverständniserklärung
vom Patienten
oder Betreuer

Pflegerische Vorbereitung zur Untersuchung:

Allgemeine pflegerische Maßnahmen:

- Kontakt zum Ernährungsteam bereits vor dem Eingriff herstellen
- Information über notwendige Bauchrasur und Nabelpflege geben
- Bauchrasur nach Standard des Hauses durchführen
- intensive Nabelpflege durchführen
- Mund mehrmals mit desinfizierender Mundpflegelösung spülen lassen
- mehrmalige Mundpflege mit desinfizierender Mundpflegelösung durchführen

Spezielle pflegerische Maßnahmen:

- Information zur korrekten Lagerung, unter Berücksichtigung der individuellen Patientensituation, ggf. Hilfestellung geben
- sichere, angenehme Lagerung ermöglichen
- Inspektion der Bauch- Nabel- Region
- Kontrolle der Mundpflege
- zudecken des Patienten unter Freihaltung der Bauchregion als OP – Feld
- Intimsphäre wahren
- Patient mit Sauerstoff-Insuflation versorgen
- Fixieren der Extremitäten

Vorbereitung des Untersuchungsraumes:

Vorbereiten der medizinischen – technischen Geräte:

- Zusätzlich eine Absaugeinheit mit angeschlossenem Absaugkatheter, zur Rachenabsaugung

Unsteriler Instrumententisch:

- zum Fassen des Fadens und Plazieren des jejunalen Sondenschenkels:
 - steril verpackte Fasszange
 - steril verpackte Biopsie- Zange

Separater Instrumententisch: steril vorbereiten

- flüssigkeitsdichte Unterlage und Abdecktuch
- **für Untersucher:**
- Einmal-OP Kittel
- OP Handschuhe
- **für Hautdesinfektion:**
- Schälchen, gefüllt mit gefärbtem Hautdesinfektionsmittel
- zwei Kornzangen
- Tupfer
- **zum Abdecken des OP – Feldes:**
- Einmal-Vierecktücher, Lochtuch mit Klebefolie
- **für Lokalanästhesie:**
- Spritzen
- Kanülen
- Schälchen, gefüllt mit Lokalanästhesie
- **zur Punktion:**
- Kompressen
- PEG- oder PEJ – Set (je nach Hersteller und Fragestellung)

Im Untersuchungsablauf beachten

Maßnahmen der Aspirationsprophylaxe

- Speichelfluss beobachten
- Saugfähige Unterlage wechseln
- Rachenabsaugung durchführen

Die PEG und PEJ werden in Rückenlage durchgeführt, dadurch besteht erhöhte Aspirationsgefahr:

Mitarbeit bei Diagnostik und Therapie:

Siehe ÖGD

Assistenz beim Legen der PEG:

- Beachten des aseptischen Verhaltens während des gesamten Punktionsvorganges
- **Assistenz beim Durchziehen des Fadens:**
- Zange aus Sterilgutverpackung nehmen und auf korrekte Funktion prüfen
- Zange anreichen, unter Beachtung der Hygieneregeln
- Anweisung des Untersuchers wiederholen und Zange entsprechend bedienen
- Faden mit Zange greifen, auf Anordnung des Untersuchers
- Hilfestellung beim Entfernen des Endoskopes und beim Ausleiten des Fadens
- Assistenz beim verknoten der PEG Sonde am ausgeleiteten Faden, unter Beachtung der Hygieneregeln
- Assistenz beim Durchziehen der PEG – Sonde via Mund, Rachenraum, Ösophagus

Assistenz beim Legen der PEJ:

Assistenz beim Platzieren des jejunalen Sondenschenkels:

- Zange aus Sterilgutverpackung nehmen und auf korrekte Funktion prüfen
- Zange anreichen, unter Beachtung der Hygieneregeln
- Anweisung des Untersuchers wiederholen und Zange entsprechend bedienen
- Sonde mit Zange greifen, auf Anordnung des Untersuchers
- Hilfestellung beim Platzieren des jejunalen Sondenschenkels
- ggf. unter Röntgenkontrolle
- Hilfestellung beim Entfernen des Endoskopes unter Belassung der jejunalen Sonde

Wundversorgung:

- Assistenz bei der Wundreinigung
- Assistenz beim Adaptieren der verschiedenen Verschlusskappen und –konen (je nach Hersteller und Sondentyp)
- aseptischen Wundverband anlegen

Aseptischen Kautelen beim Punktionsvorgang einhalten. Fadendurchzug und Platzierung einer jejunalen Sonde unter Beachtung keimarmer Kautelen durchführen.

Nachsorge des Patienten nach erfolgter Untersuchung:

Allgemein pflegerische Nachsorgemaßnahmen:

- Wundversorgung der Punktionsstelle
Sterile Wundversorgung durchführen
Verschlussysteme und Adapter konnektieren

Spezielle Nachsorgemaßnahmen:

- Verabreichen von Medikamenten nach Arztanordnung
- Beratung über Nahrungsaufnahme: nach 6 Stunden Tee
- Folgetag: langsamer Aufbau der Sondenkost über die PEG oder PEJ
- regelmäßige, engmaschige Verbandskontrolle
- Hinweis auf regelmäßigen Verbandswechsel
- Hinweis auf Beachtung von Entzündungszeichen
- Anleiten zum PEG – spezifischen Verbandswechsel
- Anleiten zum Verabreichen der Nahrung:
Informationen zu verschiedenen Versorgungssystemen geben (z.B. Sondenkost, Pumpen- und Beutelsysteme)
schriftliche Informationen mitgeben
Hinweis auf besondere Ernährungsregeln, in Abhängigkeit von Allgemeinzustand des Patienten, dem Krankheitsbild und dem Sondentyp
Hinweis auf hygienische Verabreichung der Nahrung
Keinen schwarzen Tee und säurehaltige Flüssigkeiten über die Sonde verabreichen
(Vorsicht: Ausflockungen)
Nach jeder Nahrungsverabreichung oder Medikamentengabe ausgiebiges Klarspülen der Sonde
- Medikamentenverabreichung nach Anordnung des betreuenden Arztes
- Hinweis auf Verhalten bei auftretenden Problemen
- Kontakt zu ambulanten oder stationären Schulungs- und Beratungsprogrammen herstellen, (z.B. Ernährungsteams, ambulante Einrichtungen)

Kostaufbau nur nach Arztanordnung, wenn alle Parameter des Patienten o. B. Die Verwendung der PEG ist individuell zu regeln.

Administrative Nachsorge nach erfolgter Untersuchung:

Spezielle administrative Nachsorge:

- Dokumentation der implantierten Sonde
- PEG/PEJ – Pass aushändigen
- pflegerischen Nachsorgestandard (Info-Blatt) für das weiterbetreuende Pflegepersonal mitgeben

Nachsorge des Untersuchungsraumes und der Instrumente:

- nach den RKI-Richtlinien

9.13 RICHTLINIE ZUM PFLEGEGERÄCH VOR GEPLANTEN ENDOSKOPISCHEN UNTERSUCHUNGEN

Ziel der Auskunftserteilung durch das Pflegegespräch

1. Patientenbezogen

- Jeder Patient wird auf den geplanten Eingriff hinsichtlich körperlicher und psychischer Aspekte vorbereitet.
- Jeder Patient erhält Hilfestellungen zur Verringerung und zur Verarbeitung von Ängsten vor dem geplanten Eingriff.

2. Pflegebezogen

- Einschätzung der Ressourcen und Probleme des Patienten
- Schaffung einer Vertrauensbasis

Strukturqualität

- Pflegedokumentation
- ärztliche, schriftliche Anordnung für die Untersuchung
- Einverständniserklärung, unterschrieben
- Informationsbroschüren und Nachsorgeprospekte
- ein Raum, in dem das Pflegegespräch ungestört stattfinden kann.
- mindestens eine Pflegeperson, die eingearbeitet und sicher in der Ausführung ist. Mindestens 15 Minuten werden eingeplant.
- Zeitpunkt der Gesprächsführung mindestens 24 Stunden vor der geplanten Untersuchung

Die Pflegeperson erkundigt sich vor dem Gespräch nach:

- Art der Untersuchung/Eingriff
- Vorbereitung zur Untersuchung/Eingriff
- Nachsorge der Untersuchung/Eingriff

Die Pflegeperson erkundigt sich vor dem Gespräch nach den durch den Arzt oder anderen Disziplinen erteilten Auskünften.

Prozessqualität

Das Pflegegespräch kann erst stattfinden, wenn die Pflegeperson geprüft hat, ob der Patient vom Arzt aufgeklärt wurde über Art, Umfang, Risiko und medizinischer Notwendigkeit der geplanten Untersuchung oder Eingriff.

Vor dem Gespräch erkundigt sich die Pflegeperson beim Patienten über welche Informationen dieser bereits verfügt, und welche Informationen noch benötigt werden.

Wenn es sich herausstellt, dass der Patient beim Verstehen der ärztlichen Aufklärung Hilfestellung sucht, gibt die Pflegeperson diese und erklärt den Untersuchungsablauf.

Die pflegerische Auskunft bezüglich der Untersuchung oder des geplanten Eingriffes beinhaltet folgende Aspekte:

- den Grund der körperlichen Vorbereitung

- die Maßnahmen der körperlichen Vorbereitung
- die Maßnahmen bei der Untersuchung
- mögliche pflegerische Hilfestellungen während der Untersuchung
- die Erwähnung von Schmerzen oder Nachwirkungen
- die Erwähnung des Arztes, der die Untersuchung ausführt und der Pflegeperson, die bei der Untersuchung assistiert und/oder begleitet
- voraussichtlicher Zeitpunkt und Dauer der Untersuchung oder des Eingriffs
- das Haus, die Abteilung, der Raum, in dem die Untersuchung oder der Eingriff stattfindet.
- die Art des Transportes zu diesem Raum
- der Raum in dem die Nachsorge stattfindet
- die Maßnahmen der Nachsorge
- Hinweis auf Nahrungsaufnahme nach der Untersuchung und die Möglichkeit, eigene Nahrung mitzubringen
- wo Angehörigen warten können

Das Gespräch wird in einer für den Patienten verständlichen Sprache geführt.

Das Pflegegespräch wird durch eine Gesundheits- und Krankenschwester / -pfleger geführt.

Falls notwendig, werden die Angehörigen in das Gespräch mit einbezogen.

Am Ende des Pflegegespräches überprüft die Pflegeperson, ob der Patient die Informationen erfasst und verstanden hat (Feedback, Fragen).

In der Pflegedokumentation werden der Gesprächsinhalt und die pflegerischen Maßnahmen dokumentiert.

Die Pflegeperson fragt den Patienten nach der Untersuchung oder dem Eingriff, ob die gegebenen Informationen über die vorbereitenden Maßnahmen ausreichend und richtig waren (Qualitätssicherung).

Ergebnisqualität

Der Patient wurde über Grund, Zeitpunkt, Dauer, Ablauf, den Untersuchungsraum und die Maßnahmen zur Vorbereitung und Nachsorge sowie Besonderheiten bezüglich der Untersuchung oder des Eingriffs unterrichtet.

Die Pflegeperson weiß, welche pflegerische Begleitung und Hilfestellungen der Patient für die Untersuchung oder den Eingriff benötigt.

Die Gesprächsinhalte sind in die Pflegedokumentation eingetragen und so für alle an Pflege, Diagnostik und Therapie Beteiligten nachvollziehbar.

ANMERKUNG WIE AUS STANDARDS RICHTLINIEN WURDEN

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege engagiert sich maßgeblich in der Erstellung und Veröffentlichung von Expertenstandards für die Pflege, siehe unter www.dnqp.de.

Namhafte Professorinnen der deutschen Pflege haben sich mit dem Thema befasst und die erstellten Standards im Klinikbereich als Handlungsabläufe oder Richtlinien (procedure) definiert. Aus diesem Grund haben wir die 1996 erstellten „Standards für die Endoskopie“, veröffentlicht in der Arbeitshilfe Endoskopie, überarbeitet und in Richtlinien um genannt.

Aktuelle Literatur zu diesem Thema finden Sie unter:

Elsbernd, Astrid; Praxisnaher Expertenstandard; Pflege aktuell, September 2003, S. 442-445

Bartholomeyczik, Sabine; Standards in der Pflege; Dr.med.Mabuse März/April 2005, S.20-23;
www.mabuse-verlag.de/zeitschrift/154_Bartholomeyczik.pdf

10. OESOPHAGO-GASTRO-DUODENOSKOPIE AUS ÄRZTLICHER SICHT

Eine Oesophago-Gastro-Duodenoskopie

- ist die häufigste endoskopische Untersuchung
- Vorteil gegenüber einer Röntgenuntersuchung ist die fehlende Strahlenbelastung und die höhere Ausbeute an relevanten Befunden
- therapeutische Interventionen sind möglich

10.1 INDIKATIONEN

diagnostisch:

- Oberbauchbeschwerden
- Gastrointestinalblutung
- Tumorsuche
- unklare Gewichtsabnahme
- Appetitlosigkeit
- Sodbrennen u. Schluckbeschwerden
- Kontrollen bei bekannten Präkanzerosen
- Tumornachsorge

therapeutisch:

- Gastrointestinalblutung - Blutstillung mit Injektionsverfahren und Clip-Applikation zur Vermeidung von Rezidiven
- Sklerosierung und Gummibandligatur von Ösophagusvarizen
- Polypektomie und Mukosektomie krankhafter Raumforderungen
- Bougierung und hydrostatische Dilatation von Stenosen
- Pneumatische und hydrostatische Dilatation sowie Botulinustoxin-Injektion bei Achalasie
- Einlegen von Tuben und Metallstents
- PEG zur Sicherung der Nahrungsaufnahme
- Einlegen von Dünndarmernährungs sonden
- Injektions- und Nahtverfahren zur Behandlung der Refluxoesophagitis

10.2 RISIKEN

- insgesamt gering
- Blutungen bei Biopsien 0,01%
- Perforation 0,02%
- kardiopulmonale Komplikationen 0,06%
- Bakteriämie 3 - 8%, deswegen Antibiotikaprophylaxe bei Herzklappenfehlern und künstl. Herzklappen
- Einklemmung des Gerätes bei Inversion in den distalen Oesophagus
- Gesamltetalität 0,01 %

10.3 ÜBERWACHUNG

- indiziert bei allen Patienten mittels Pulsoxymetrie
- O₂-Gabe über Nasen sonde bei Bedarf
- EKG bei Hochrisikopatienten und Einsatz von Hochfrequenzdiathermie bei Schrittmacherpatienten

10.4 VORBEREITUNG

- Aufklärung durch den Arzt mit Einholen einer schriftlichen Einverständniserklärung, im Regelfall am Vortage, im Notfall direkt vor der Untersuchung
- Labor wünschenswert BB, Quick und PTT, vor Biopsien oder Interventionen obligat, Mindestwerte: Quick > 50% (INR > 2), Thrombozyten > 50.000 µl, PTT < 45 sec
- Frage nach Antikoagulantien (Marcumar, Heparin, niedermolekulare Heparine) Thrombozytenaggregationshemmer (ASS, Ticlopidin, Clopidogrel)
- Heparin am Vorabend und/oder am Morgen vor der Untersuchung weglassen, falls Biopsie
- Thrombozytenaggregationshemmer vor Interventionen nach Möglichkeit 7 Tage pausieren
- Marcumar pausieren bis Quick > 50% vor Interventionen
- Klärung ob Endokarditisprophylaxe erforderlich
- Nach Infektiosität fragen (Hepatitis A, B und C, Tbc, MRSA)
- Frage nach SM und AICD vor Einsatz der Hochfrequenzdiathermie

- 12 Stunden nüchtern, im Notfall 4-6 Stunden

10.5 PRÄMEDIKATION

- Sedierung sollte in Absprache zwischen Patienten und Untersucher geklärt werden
- Gabe eines Entschäumungsmittels verbessert Übersicht
- Rachenanästhesie von meisten Patienten als Erleichterung empfunden
- auf Problem der Fahruntüchtigkeit hinweisen, ambulante Patienten nach Gabe von Sedativa abholen lassen
- keine Arbeit an gefährlichen Maschinen nach Sedativgabe

11.6 EINFÜHREN DES GERÄTES

- in der Regel in Linksseitenlage
- lockere Zahnprothese entfernt
- Beißring positionieren
- durch liegenden Beißring unter Sicht und nach Gefühl einführen
- Verletzungsgefahr bei Zenker-Divertikel und im Rezessus piriformis

10.7 UNTERSUCHUNGSTECHNIK

- nach Einführen vorschieben unter Sicht und Luftinsufflation
- vorschieben bis in Pars descendens duodeni
- beim Zurückziehen genaue zirkuläre Inspektion aller Schleimhautabschnitte
- Inversions in der Regel vom Antrum, alternativ vom Corpus
- achten auf Schleimhautfarbe, Schleimhautdefekte, Wulstungen, Einsenkungen, Peristaltik, Deformierungen, Kardiaschluß
- Biopsien erst wenn alle Anteile von Magen und Duodenum inspiziert, nur erste Biopsie hat hohe Treffsicherheit wegen möglicher Sickerblutung
- bei Suche nach Blutungsquelle schon genaue Inspektion beim Vorgehen
- am Untersuchungsende Luft aus Magen absaugen

10.8 AUFGABE DES ENDOSKOPIEPERSONALS AUS ÄRZTLICHER SICHT

- beruhigend auf den Patienten eingehen
- Sicherung des Beißringes
- Patient falls nötig festhalten
- achten auf Zustand des Patienten
- nach Anweisung vorschieben, festhalten oder zurückziehen des Gerätes
- Assistenz bei Biopsieentnahme:
 - passende Zange auswählen
 - genau auf Anweisung zum Öffnen und Schließen achten und wiederholen
 - Wechsel von Entnahmeort beachten
 - richtige Beschriftung der Gläschen
 - Rückmeldung ob Biopsie evtl. zu klein

10.9 MÖGLICHE KRANKHAFT BEFUNDE

10.9.1 Ösophagus

- Tumor
- Varizen
- Stenosen
- Schleimhautdefekte und Entzündung (Reflux, Soor, Viren, tox. Läsionen, Fisteln)
- Hernie
- Barrett-Ösophagus und ektope Magenschleimhautinseln an Schleimhautfarbe erkennbar
- gestörte Motilität bei Achalasie
- Mallory-Weiss-Läsion

10.9.2 Magen

- Gastritis und Hyperämie anhand des Aussehens der Schleimhaut
- Schleimhautdefekte (Ulkus, Erosion)
- Tumoren
- Polypen (Adenome, hyperplastische Polypen, Drüsenkörperzysten, foveoläre Hyperplasien)

- Fundusvarizen
- submuköse Vorwölbungen (gastrointestinale Stromatumoren, Neurinome, Leiomyome)
- gestörte Peristaltik

10.9.3 Duodenum

- Schleimhautdefekte (Ulkus, Erosion)
- Duodenitis, Zottenatrophie
- Polypen und Tumoren selten
- Pseudodivertikei
- Auffällige Befunde der Papilla Vateri z.B. Ballonpapille durch eingeklemmten Stein

10.10 NACHSORGE

- bei Rachenanästhesie ca. 1 Stunde nüchtern wegen Aspirationsgefahr, Biopsie spielt in der Regel keine Rolle
- nach therapeutischen Interventionen evtl. Herz-Kreislaufüberwachung, Blutbildkontrolle, Temperatur nachmessen und im Bedarfsfall Antibiose, bei Perforationsverdacht Röntgen
- bei starker Sedierung Gabe von Antidot, evtl. spezielle Weiterüberwachung auf Station
- auf Fahruntüchtigkeit und Arbeitsunfähigkeit hinweisen (Patienten abholen lassen)

10.11 KONTRAINDIKATIONEN

- inkooperative Patient
- Ateminsuffizienz
- schwere Herzinsuffizienz
- instabiler Kreislauf
- schwere Gerinnungsstörungen
- Vorsicht bei Zenker-Divertikei

10.12 MEDIKAMENTE BEI ENDOSKOPIEN

Prämedikation

Diazepam ab 2,5 mg zur Apnoe oder Verminderung der Atmung, dadurch Hypoxie und Herzrhythmusstörungen, hat Halbwertszeit von über 20 Stunden, bei Injektion in Abhängigkeit von der Zubereitung evtl. lokale Reizung, Reaktionsfähigkeit vermindert

Midazolam Halbwertszeit 2 Stunden, Atemdepression, verminderte Reaktionsfähigkeit jedoch auch über 24 Stunden, macht zum Teil Amnesie

Pethidin Handelsname ist Dolantin, Nebenwirkungen Atemdepression, Übelkeit und Brechreiz, Bronchospasmus

Propophol ist kurzwirksames i.v. Anästhetikum, darf nur in Kliniken und amb. Einrichtungen mit intensivmedizinisch ausgebildeten Ärzten eingesetzt werden, ein untersuchender und ein überwachender Arzt erforderlich, Pulsoxymetrie mit Sauerstoffgabe und Kreislaufüberwachung obligat, Dosierung individuell, macht Amnesie, kurze Halbwertszeit, kann zu lokalen Reizungen führen

Spasmolytika

N-Butylscopolamin Handelsname ist Buscopan, wirkt nur 5 Minuten, Nebenwirkung ist Tachykardie, nicht bei Glaukom

Glucagon wirkt auch nur kurz, ist teuer, Anwendung bei bekanntem Glaukom

Lidocain Handelsname Xylocain, zur Lokalanästhesie als Spray, Gel od. Lösung, erleichtert Endoskopie, bei gleichzeitiger Sedierung Gefahr der Aspiration, deswegen nach Endoskopie auch Nüchternphase von 1-2 Stunden

Entschäumungsmittel	chemisch Dimethylpolysiloxan, Handelsname Sab simplex oder Paractol, optimiert Sicht auf Schleimhaut durch Verminderung der Oberflächenspannung
Adrenalin	Handelsname Suprarenin, bei Blutungen verdünnt mit phys. Kochsalzlösung, führt zur Gefäßkontraktion
Sklerosierungsmittel	Polidocanol, Handelsname ist Äthoxysklerol, 0,5%, 1%, 2%, anderes ist Histoacryl
Antidots	Flumanezil=Anexate u. Naloxon=Narcanti

10.13 POLYPEKTOMIE/ MUKOSEKTOMIE

- jeder neoplastische Polyp(75%) über 5 mm sollte entfernt werden, maximale Polypengröße an der Basis 2,5-3 cm
- Polypektomie und Mukosektomie sind endoskopisch-therapeutische Maßnahmen zur Entfernung von benignen und selten auch oberflächlichen malignen Veränderungen
- Mukosektomie unterscheidet sich von der Polypektomie durch Abtragung bis zur Muskelschicht in der Regel nach vorheriger submuköser Unterspritzung mit physiologischer Kochsalzlösung mit und ohne Beimischung von Adrenalin, teilweise durchgeführt mit Inoe-Kappe
- ambulant möglich mit entsprechenden Anweisungen, bei Komplikationen oder sehr großer Abtragungsstelle stationäre Nachbeobachtung
- ausführliches Aufklärungsgespräch über Risiken und Verhalten nach der Untersuchung mindestens 24 Std. vorher
- laborchemisch sollte Quickwert >50% (INR-Wert >2,0) und Thrombozyten >50.000/µl sein
- Heparin-gabe i.v. 6h Pause, s.c.12h Pause, niedermolekulare Heparine 24h Pause, Thrombozytenaggregationshemmer 7h Pause
- Endokarditisprophylaxe bei Herzklappenvitien und künstlicher Herzklappe

10.13.1 SCHLINGEN

- Typ relativ egal, bei Mukosektomie evtl. monofile Schlinge und evtl. mit InoeKappe.
- in der Regel 4-5cm ausreichend, im Bedarfsfall kleinere oder größere bereit haben
- beim Schließen muss Schlinge 1-2 cm in die Hülle zurückweichen, nur dann ausreichende Kompression d. Polypenbasis, Plastikschauch wird bei Kompression etwas gestaucht
- Punkt wo Schlinge in Hülle verschwindet am Griff markieren, damit später Aussage über Dicke des gefassten Polyps möglich

10.13.2 DIATHERMIEGERÄTE

- von verschiedenen Anbietern, Kompatibilität der verschiedenen Komponenten beachten
- neueren Geräte speziell für die Endoskopie arbeiten mit gepulstem Strom und messen Leistung im Abtragungsareal, so wird die Polypektomie wahrscheinlich kontrollierter
- Einstellung des Gerätes ist ärztliche Aufgabe
- Neutralelektrode möglichst am Oberschenkel über der Muskulatur anlegen
- man muss darauf achten, das kein Metall zwischen Neutralelektrode und Schlinge (z.B. Hüft-Endoprothese)
- bei Schrittmacherträgern Monitorkontrolle, die Einstellung muss später kontrolliert werden
- der Patient soll während der Polypektomie auf trockenem Untergrund liegen und kein Metall berühren, ansonsten besteht die Gefahr der lokalen Verbrennung der Haut

10.13.3 TECHNIK DER ABTRAGUNG

- Polyp oder flache Schleimhautinfiltration möglichst vollständig einsehen, dazu oft Umlagerung erforderlich, evtl. bei flachen Defekten den Rand mit Argon-Beamer markieren
- bei Hyperperistaltik evtl. Gabe von Buscopan

- bei flachen Polypen durch Einspritzung von verdünnter Adrenalinlösung Polyp aus Schleimhautniveau anheben
- Schlinge überprüfen (öffnen, schließen, Strom überprüfen, markieren)
- Neutralelektrode anlegen, Kabel anschließen, Diathermiegerät überprüfen.
- Arzt muss Einstellung festlegen, reiner Koagulationsstrom oder Mischung aus Schneide- und Koagulations-Strom
- Polyp mit Schlinge einfangen, bei taillierten Polypen Basis der Schlinge polypennahe beim Schließen, bei gestielten Polypen distales Ende Polypen nahe, am Stiel mittleres bis distales Drittel fassen
- Schlinge schließen möglichst unter Sicht, nur leichter Druck um mechanische Abtragung zu vermeiden
- sessile und taillierte Polypen durch Zug vom Schleimhautniveau abheben, dadurch Koagulation in Tiefe vermindert
- wenn durch Strom weißliche Koagulationszone Druck auf Schlinge erhöhen, evtl. Stromstufe ändern
- dauert Koagulation lange, dann eventuell Pause zur Abkühlung des Gewebes, z. T. auch Pausen durch Geräte, falls kein Schneideeffekt mehr Schlinge gering öffnen, damit wieder Wasser in Abtragungsstelle
- bei Schmerzen Polypektomie abbrechen, kann Hinweis für thermische Wandschädigung sein, DD Schmerzen durch Überblähung des Darmes
- nach Durchtrennung, Polyp zur histologischen Untersuchung bergen mit Schlinge, Fasszange, Dormiakörbchen, Ansaugung oder durchsaugen in Polypenfallen (bis 8 mm), später bergen durch Stuhlinsektion
- beim malignitätsverdächtigen Polypen, Markierung der Abtragungsstelle durch Tuscheinjektion oder Röntgendokumentation
- zwischendurch Grobreinigung der Schlinge von Nekroseresten bei Mehrfachabtragungen
- Polypenbasis evtl. mit Farbstift markieren
- Nach Mukosektomie das Gewebe auf Korkplatte aufspannen

10.13.4 KOMPLIKATIONEN

- Blutungen in ca. 2% (Unterspritzung mit verdünnter Suprarenin-Lösung, 1:20.000 verdünnt, Applikation eines Metall-Clips, lokale Koagulation, Kompression des Stiels mit Schlinge 5-10 Minuten)
- Spätblutungen bis zu 2 Wochen nach Abtragung
- Perforation 0,5 -0,8 % (Operation)
- Postpolypectomiesyndrom durch lokale peritoneale Reizung (Nulldiät oral, Infusionen, evtl. Antibiotika)
- Bakteriämie (Antibiotikaphylaxe bei Herzvitien und künstlichen Herzklappen beachten)
- Festhaken der Schlinge (Abwarten, OP)
- Letalität 0,1 %

10.13.5 ANFORDERUNG AN ASSISTENZ:

- hohe Konzentration erforderlich
- Schlinge mit Gefühl schließen -Rückmeldung geben wie viel gefasst, ob Schneideeffekt, wie viel noch zu durchtrennen
- muss Geduld haben
- bei Komplikationen Ruhe bewahren, damit sich Spannung nicht auf Patienten überträgt

10.13.6 NACHSORGE

- ambulante Patienten in Abhängigkeit von der Untersuchung überwachen
- bei Komplikationen oder sehr großer oder tiefer Abtragungsstelle stationäre Überwachung (Kreislauf, Blutbild, Lokalbefund)
- ASS und Tiklyd für noch 7-10 Tage weglassen, in Abhängigkeit von Größe der Abtragungsstelle für noch 1-2 Wochen kein Marcumar, evtl. vorübergehend auf Heparin sc. oder iv. umstellen

10.13.7 NACHUNTERSUCHUNG

- in Abhängigkeit von Größe und histologischem Befund nach 3-36 Monaten
- bei Patienten über 75 Jahre nicht unbedingt Nachkontrolle

11. GESETZLICHE BESTIMMUNGEN, VERORDNUNGEN UND RICHTLINIEN

- **Krankenpflegegesetz, Änderung ab 01.04.2004**
- **Arbeitssicherheitsgesetz AsiG**
- **Arbeitsschutzgesetz ArbSchG**
Verhalten bei Arbeitsunfällen
Teilnahme an der jährlichen arbeitsmedizinischen Untersuchung
- **Betriebssicherheitsverordnung BetrSichV** (seit Oktober 2002 Neuordnung des Verhältnisses zwischen Arbeitsmittelrecht und berufsgenossenschaftlicher Unfallverhütungsvorschrift UVV)
- **Das BetrSichV beinhaltet die UVV; Brandschutz; Laserschutzverordnung**
- **TRBA – Technische Regel für biologische Arbeitsstoffe**
incl. Einhalten der Betriebsanweisungen
Teilnahme an regelmäßiger Schulung
- **Gefahrstoffverordnung**
incl. Einhalten der Betriebsanweisungen
Teilnahme an regelmäßiger Schulung
Aktualisieren der Gefahrstoffliste
- **Betäubungsmittelgesetz**
- **Arzneimittelgesetz**
- **Gesetzliche Bestimmungen zum Einsatz von Blutprodukten**
- **DIN Normen und Sterilisationsnormen**
- **Röntgen -und Strahlenschutzverordnung**
Endoskopische Eingriffe mit Röntgengerät bzw. C-Bogen unterliegen der Strahlenschutzverordnung. Der Kontrollbereich ist in der Röntgenverordnung definiert.
Kenntnis der Strahlenschutzverordnung
Einhalten der Strahlenschutzverordnung
Tragen von Strahlenschutzkleidung und Anwendung am Patienten
Nutzen aller vorhandenen Strahlenschutzmöglichkeiten
Permanentüberwachung durch Tragen eines personenbezogenen Dosimeters
Dokumentation der Strahlenexposition des Patienten
Benötigte zusätzliche Ausbildung:
Fachkunderichtlinien nach Röntgenverordnung - Kenntnisse für Hilfskräfte
(30 Stunden Theorie und 60 Stunden Praxis, incl. Prüfung)
Teilnahme an Pflichtschulung, einmal jährlich
- **Infektionsschutzgesetz**
- **Bundesimmissionsschutzgesetz**
Geltungsbereich Lärm
Falls notwendig, Tragen von Gehörschutz
- **Hygienerichtlinien des Robert Koch Instituts (RKI Richtlinien)**
Hygieneplan
Desinfektionsplan
Besondere Hygienemaßnahmen in der Endoskopie sind zu beachten in Verbindung mit:
Persönlicher Hygiene; Händedesinfektion; Patientenhygiene; Hautdesinfektion am Patienten;
aseptisches Arbeiten; keimreduziertes Arbeiten; Flächendesinfektion; aufbereiten der Endoskope;
aufbereiten von endoskopischen Zubehör; Umgang mit infektiösen Patienten;
Umgang mit immunsupremierten Patienten, Assistenz bei den vierteljährlichen

Hygienekontrollen von Endoskopen und Reinigungs-Desinfektionsgeräte für Endoskope (RDG-E)

- **Medizinproduktegesetz MPG**
Medizinproduktebetrieiberverordnung (MPBetreibV)
Kenntnis der Medizinprodukte-Vorschriften
Kontrolle des gelagerten Materials
Prüfung der medizinischen Geräte vor Inbetriebnahme
Kontrolle von Endoskopen und Instrumentarien auf Beschädigungen
Überwachung und einhalten der Wartungstermine
Versand von defekten Geräten und Organisation der Ersatzbeschaffung
- **Dokumentation von Implantaten**
- **Sozialgesetzbuch**
- **Mutterschutzgesetz**
- **Arbeitszeitgesetz**
- **Jugendarbeitsschutzgesetz**
- **Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen**
Teilnahme gemäß den Vorschriften je nach Tätigkeitsmerkmalen
- **Einhalten des Datenschutzes**

12. BEISPIEL-CHECKLISTE ZUM NOTFALLKOFFER / REANIMATION

Notfallset in jedem Untersuchungsraum	Verfalldatum			
	Vollständigkeit Funktionsprüfung			
1 Handbeatmungsbeutel (Ambu®)				
2 Masken Gr. 2 und 3 Fa. Rüsich entspricht Gr. 4 und 5 Fa Hanau Life				
1 Laryngoskopgriff mit Batterie ²				
1 Laryngoskopspatel Gr. 4 Metall				
1 Rolle Leukoplast Hospital 1.25				
1 Magilzange Erwachsene				
1 Tubus Gr. 7,5 mm ID				
Einführungsmandrin 4.3 mm				
Schere spitz und stumpf				
1 Instillagel 6ml mit Lidocainhydrochlorid 125,40 mg				
1 Spritze 10 ml				
1 Beatmungsfilter				
3 Absaugkatheter Ch. 16 60 cm				
3 Absaugkatheter Ch. 14 60 cm				
2 Fingerdip				
2 Ersatzbatterien für Laryngoskopgriff ⁴				
1 Tubus Güdel Gr. 3				
1 Tubus Güdel Gr. 4				
1 Wendeltubus Ch. 30				
1 Mundkeil				

In jedem Untersuchungsraum vorrätig				
RR Meßgerät				
EKG Elektrode				
Absauggerät ³ mit Saugschlauch / Zusätzliche mobile Absauger ³ in Raum ENDO 2 und ENDO 7				
<u>Zusammengebaut :</u>				
O ₂ Wandanschluß mit Kendall Respiflo, Kendall Befeuchtungsadapter				
O ₂ Maske und Nasensonde , Verlängerungsschlauch				
Venenverweilkanülen, Infusionsbesteck, Spritzen und Kanülen				
Verschiedene Infusionen				

Oxette				
<u>Kontrolle der O₂ Flasche:</u> 1. Verschmutzung und Beschädigung? 2. Flaschenventil öffnen, Manometer ablesen (Flaschenventil ≥ 100 bar?), Flaschenventil schließen, Druck ablassen durch Öffnen des Flowmeters Bei Bedarf Ersatzflasche aus Gerätepflegezentrum				

Notfallmedikamentenbox:				
nur im Raum ENDO 7				
2 Amp. Atropin 0,5 mg				
2 Amp. Naloxon 0,4 mg				
2 Amp. Isoptin 5 mg				
2 Amp. Lasix 20 mg				
2 Amp. Tagamet 229 mg				
2 Amp Effortil 10 mg				
2 Amp. Dormicum 5 mg				
3 Amp. Adrenalin 1:10000				
3 Amp. NaCl 0,9 %				
3 Amp. SDH 50 mg + 1 ml Aqua				
1 Amp. SDH 250 mg + 1 ml Aqua				
2 Amp. Anexate 0,5 mg				
3 Amp. Xylocain 2 %				
2 Amp. Aqua a`10 ml				
1 Amp. Fenestil 4 mg				
1 Amp. Propofol Lipura oder Disoprivan 200 mg				
2 Amp. Bronchoparat 200 mg				
3 Amp. Glucose 50 %				
1 Nitrolingual Spray				
4 Kapseln Nifedehexal 10 mg				
1 Berotec Spray (nur im Raum ENDO 2)				

Datum:				
Uhrzeit:				
Handzeichen:				

Der Notfallkoffer, Oxette und die Notfallutensilien werden pro Monat einmal auf Vollständigkeit und Funktionsfähigkeit überprüft, verfallene Artikel sind dabei auszutauschen.

Nach Benutzung erfolgt eine sofortige Überprüfung und Vervollständigung des Inhalts durch den Benutzer oder eine von ihm beauftragte Person.

Die regelmäßige Überprüfung muss dokumentiert werden.

Checklisten unterliegen Veränderungen, müssen mit Schnittstellen besprochen werden und den aktuellen Standards der DGAI angepasst werden.

¹ Batterie/ Akku mit einem Datumsetikett kennzeichnen.

² Wechselintervall der Batterie einmal jährlich.

³ Absauger in Druckluft anstecken, Absauger anstellen, Fingertip geschlossen halten, aufgebaute Sog muss mindestens 0,6 betragen. Abzulesen am Manometer.

Die Notfall-Checklisten sind beliebig zu erweitern oder zu kürzen, sie müssen auf die Gegebenheiten der jeweiligen Klinik angepasst werden unter Berücksichtigung der Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Anaesthesiologie und Intensivmedizin (DGAI)

13. LITERATURLISTE

INTERNETADRESSEN:

www.google.de	Suchmaschine
www.aseptica.com	Hygienezeitschrift
www.endoskopischer-atlas.de	Atlas der gastroenterologischen Endoskopie
www.kapsel-endoskopie.de	Die Kapsel-Endoskopie ist ein neues Verfahren zur Diagnose von Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts
www.gesundheit.de	
www.endoskopie-info.net	
www.info-gastroenterologie.de	
www.medknowledge.de	
www.rki.de	Robert-Koch- Institut (Hygiene)
www.ruhr-uni-bochum	Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten
www.oeggh.at	Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie u. Hepatologie
www.medizininfo.de	Medizininfo, Gesundheitsportal
www.bgw.de	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst u. Wohlfahrtspflege
www.pelnet.de	Medizinproduktkatalog
www.endoline.de	Infoseite für Endoskopieassistenten
www.dbfk.de	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
www.degea.de	Deutsche Gesellschaft für Endoskopieassistenten
www.esgena.com	European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates
www.rz.uni-karlsruhe.de	Übersicht über viele deutsche Firmen, Universitäten, Vereine u. Verbände, die medizinische Informationen bereithalten.
www.med.de	Stichwortartige Verweise auf deutschsprachige Datenbanken von A bis Z
www.dnqp.de	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege

BÜCHER:

Bücher zur Gastroenterologie sind in den verschiedenen Fachbuchverlagen oder im Internet zu finden

FACHZEITSCHRIFTEN:

Aseptica

Herausgeber: medienfabrik Gütersloh GmbH
Carl-Bertelsmann-Str. 33
33311 Gütersloh
www.aseptica.com
Verlag / Druck: medienfabrik Gütersloh
Erscheinungsweise: viermal jährlich

Endo-praxis

Herausgeber: Heidrun Weigel
Rosenbrunnenstr.26
69469 Weinheim
Verlag / Druck: Georg Thieme Verlag
Postfach 301120
70451 Stuttgart
www.thieme.de
Erscheinungsweise: viermal jährlich

Die Schwester / Der Pfleger

Redaktion: Markus Boucsein
Verlag / Druck: bibliomed
Medizinische Verlagsgesellschaft mbH
Stadtwaldpark 10
34212 Melsungen
www.bibliomed.de
Erscheinungsweise: monatlich

Olympus informiert

Herausgeber: Olympus Deutschland GmbH
Medizinische Endoskope
Wendenstraße 14-18
20097 Hamburg
Redaktion: Barbara Opalka
Barbara.Opalka@olympus.de
Erscheinungsweise: Kundenzeitschrift, viermal jährlich

Pflege aktuell

Herausgeber: Fachzeitschrift des Deutschen Berufsverbandes für
Pflegerberufe e.V.
Geisbergstr. 39
10777 Berlin
www.dbfk.de
Erscheinungsweise: monatlich (11x pro Jahr)

14. LITERATURNACHWEIS

Biologie, Anatomie, Physiologie

Kompaktes Lehrbuch für Pflegeberufe
3. Auflage, Gustav Fischer Verlag

DBfK Arbeitshilfe Endoskopie, 1996

AEDL – Pflege in der Endoskopie – der Schlüssel zur Patientenzufriedenheit

Arbeitspapier der AG-Endoskopie im LV-Bayern, 1999

Auszüge aus hausinternen Einarbeitungsstandards der ZAG-Mitglieder

Leitlinien für die Entwicklung von Pflegestandards

WHO, 1983 Brüssel

Wurster, Andrea; Stuttgart; Qualifikationsarbeit der Fachweiterbildung Endoskopie 1996/98

Grabautzky, Birgit; Essen; Qualifikationsarbeit der Fachweiterbildung Endoskopie 1996/98

Kauertz, Sigrun; Dortmund; Referat: Einarbeitung neuer Mitarbeiter , DBfK - Pflegefachtagung Endoskopie, Münster 19

Diekhoff, Christa; Einarbeitung neuer Mitarbeiter lohnt sich; Die Schwester/Der Pfleger; 1/00, 76-81; 2/00, 154-159

Giebig, Hanna; Kriterien für pflegerische Auskunft an Patienten bezüglich geplanter Untersuchungen; Unterlagen zum WHO-Workshop, Aarau 1989

Schiemann, Doris; Sicherung des Qualitätsniveaus pflegerischer Arbeit durch Pflegestandards; Die Schwester/Der Pfleger; 1/90, 12-19

Elsbernd, Astrid; Praxisnaher Expertenstandard; Pflege aktuell, September 2003, S. 442-445

Bartholomeyczik, Sabine; Standards in der Pflege; Dr.med.Mabuse März/April 2005, S.20-23;
www.mabuse-verlag.de/zeitschrift/154_Bartholomeyczik.pdf

15. MITGLIEDER DER ZAG-ENDOSKOPIE

Burczyk, Gaby

DBfK-Arbeitsgruppe Endoskopie Niedersachsen / NRW
Krankenschwester mit Fachweiterbildung Endoskopie

Briel, Rita

DBfK-Arbeitsgruppe Endoskopie Bayern
Krankenschwester mit Fachweiterbildung Endoskopie

Engelmann, Elisabeth

DBfK-Arbeitsgruppe Endoskopie Bayern
Krankenschwester mit Fachweiterbildung Endoskopie

Hendus, Heidi

DBfK-Arbeitsgruppe Endoskopie Niedersachsen / NRW
Krankenschwester mit Fachweiterbildung Endoskopie

Högemann, Helma

DBfK-Arbeitsgruppe Endoskopie Niedersachsen
Krankenschwester mit Weiterbildung PDL

Just, Veronika

DBfK-Arbeitsgruppe Endoskopie/OP Mitteldeutschland
Krankenschwester mit Fachweiterbildung OP

Kauertz, Sigrun

bis 2001
DBfK-Arbeitsgruppe Endoskopie Niedersachsen / NRW
Krankenschwester mit Fachweiterbildung Endoskopie und Weiterbildung PDL

Martin-Nowacki, Heidi

DBfK-Arbeitsgruppe Endoskopie Berlin / Brandenburg / Mecklenburg-Vorpommern
Krankenschwester mit Fachweiterbildung Endoskopie

Schiermeier, Christoph

DBfK-Arbeitsgruppe Endoskopie Niedersachsen
Krankenpfleger mit Fachweiterbildung Endoskopie

Schmidt-Rades, Brigitte

DBfK-Arbeitsgruppe Endoskopie Niedersachsen / NRW
Krankenschwester mit Fachweiterbildung Endoskopie

Wernado, Birgitt

DBfK-Arbeitsgruppe Endoskopie Baden-Württemberg
Krankenschwester mit Fachweiterbildung Endoskopie

Wurster, Andrea

DBfK-Arbeitsgruppe Endoskopie Baden-Württemberg
Krankenschwester mit Fachweiterbildung Endoskopie

Zimmermann, Margarete

DBfK-Arbeitsgruppe Endoskopie Berlin / Brandenburg / Mecklenburg-Vorpommern
Krankenschwester PDL

16. FRAGEBOGEN ZUR EINARBEITUNG NEUER MITARBEITER

17.1 Für die Abteilungsleitung

1. Wie viele Mitarbeiter umfasst Ihre Anteilung?

Vollzeit:

Teilzeit:

2. Welche Untersuchungen werden durchgeführt?

ÖGD (diagnostisch, therapeutisch)

PEG

Koloskopie(diagnostisch, therapeutisch)

Bronchoskopie(diagnostisch, therapeutisch)

ERCP(diagnostisch, therapeutisch)

PTC

Laparoskopie

Sonstiges _____

3. Wurde bei Ihnen innerhalb der letzten 2 Jahre ein neuer Mitarbeiter eingearbeitet?

4. Hatte der-/diejenige bereits Endoskopieerfahrung?

5. War die Einarbeitungszeit festgelegt?

6. Waren die Inhalte zeitlich und fachlich festgelegt?

Wenn ja, wie?

7. Welche Probleme hatte der Mitarbeiter während der Einarbeitung?

Welche Problemlösungen wurden angegangen?

Mit welchem Erfolg?

8. Bewerten Sie die Motivation des Mitarbeiters zu Beginn der Einarbeitung mit einer Schulnote von 1 bis 6!

9. Wie konnte die Motivation verbessert werden?

10. Gab es Probleme innerhalb des Stammteams?

Wenn ja, welche?

Wie wurden sie gelöst?

11. Wurden regelmäßig geplante Gespräche über den Verlauf der Einarbeitung mit dem Mitarbeiter geführt?

Wenn ja, in welchem Abstand?

12. Wurde der Mitarbeiter, nach einiger Zeit, konkret dazu aufgefordert zur Arbeitsweise und Organisation der Abteilung Stellung zu nehmen?

Wenn ja, wurden aufgrund der Stellungnahme Dinge verändert, bzw. verbessert?

13. Ist der/die Mitarbeiter/in noch bei Ihnen beschäftigt?

Wenn nein, warum nicht?

Wenn ja, ist er/sie voll im Team integriert?

14. Hatte der/die Mitarbeiter/in einen festen Ansprechpartner bzw. Mentor?

15. Hatten Sie oder der Mentor eine Qualifikation zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter?

Wenn ja, welche?

16. Angenommen Sie hätten die Möglichkeit bei der Einarbeitung des nächsten Mitarbeiter etwas zu ändern, was würden Sie ändern?

16.2 Für den neuen Mitarbeiter

1. Hatten Sie vor dem Stellungswechsel bereits Endoskopieerfahrung?
2. War die Einarbeitungszeit festgelegt?
3. Waren die Inhalte zeitlich und fachlich durchgeplant?
Wenn ja, wie?
4. Welche Probleme hatten Sie während der Einarbeitung?
Welche Problemlösungen wurden angegangen?
Mit welchem Erfolg?
5. Bewerten Sie Ihre Motivation zu Beginn der Einarbeitung mit einer Schulnote von 1 bis 6!
6. Bewerten Sie Ihre Motivation 12 Monate nach Beginn der Einarbeitung mit einer Schulnote von 1 bis 6!
7. Gab es Probleme im Stammteam, die durch Sie als neue(r) Mitarbeiter(in) ausgelöst wurden?
Wenn ja, welche?
Wie wurden Sie gelöst?
8. Wurden regelmäßige Gespräche über den Verlauf der Einarbeitung mit Ihnen geführt?
Wenn ja, in welchem Abstand?
9. Wurden Sie nach einiger Zeit dazu aufgefordert zur Arbeitsweise und Organisation der Abteilung Stellung zu nehmen?
10. Hatten Sie einen festen Ansprechpartner bzw. Mentor oder wurden Sie vom gesamten Personal angeleitet?
11. Angenommen Sie hätten die Möglichkeit noch einmal eingearbeitet zu werden, welche Veränderungen würden Sie sich wünschen?