

Fragebogen zur außerklinischen Beatmung

Ermittlung der IST-Situation

2011

Dieser Fragebogen dient der Datenerfassung auf dem Gebiet der außerklinischen Beatmung, und soll die unterschiedliche Handhabung von Wechsel- und Reinigungsintervallen, sowie die unterschiedlichen Hygienemaßnahmen deutlich machen. Mit der Auswertung soll eine Empfehlung – und damit auch eine Verringerung der Unterschiede – ausgesprochen werden.

Zur Anonymisierung nehmen Sie bitte folgende Kodierung vor:

Initialen des Klienten/Patienten + **Geburtsjahr** (Bsp.: Peter Müller, geboren 1945 = **PM1945**)

Bitte eine **Einwilligung** des Einwilligungsberechtigten einholen, und unter Hinweis auf Anonymität der Auswertung schriftlich **dokumentieren** (siehe letzte Seite).

Bitte für jeden Patienten, unabhängig von Beatmungsdauer, -intensität und -zugang, einen Bogen vollständig ausfüllen und senden an:

Prof. G. Laier-Groeneveld

Klinikum Niederrhein, Johanniterkrankenhaus Oberhausen

Klinik für Bronchial- und Lungenheilkunde mit Beatmungsmedizin und Schlaflabor

Steinbrinkstrasse

46145 Oberhausen

oder faxen an: 0208 / 697-4203,

oder mailen an: gerhard.laier-groeneveld@ejk.de

IST-Erfassung in der außerklinischen Beatmung

1 Klient/Patient (hier bitte **Kodierung** aus den **Initialen** + dem **Geburtsjahr** generieren und eintragen):

Alter: _____ Jahre
Grunderkrankung: _____ weitere Erkrankungen: _____
Grund/Diagnose der Beatmungsnotwendigkeit: _____
<input type="checkbox"/> gehfähig <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> bettlägerig

Häufigkeit der pulmonalen Infekte mit Fieber im Jahr 2010 circa: _____

Phasen mit vermehrtem und verfärbtem Sekret im Jahr 2010 circa: _____

Phasen mit Antibiotika im Jahr 2010: _____

2 Einrichtungs-, Versorgungsform

<input type="checkbox"/> Häusliche Versorgung	<input type="checkbox"/> Wohngruppe	<input type="checkbox"/> Beatmungszentrum
<input type="checkbox"/> andere stationäre Einrichtung: _____	<input type="checkbox"/> Sonstige _____	

2.1 Versorgung erfolgt durch (Mehrfachnennung möglich)

<input type="checkbox"/> Angehörige	<input type="checkbox"/> Pflegepersonal und Angehörige	<input type="checkbox"/> persönl. Assistenz	<input type="checkbox"/> ZDL'er / FSJ'ler / Laienkräfte
<input type="checkbox"/> exam. Altenpflegepersonal m. Zusatzausbildung	<input type="checkbox"/> exam. Pflegepersonal	<input type="checkbox"/> Sonstige _____	

3 Medizinische Geräte in der Versorgung

<input type="checkbox"/> Beatmungsgerät: _____	Typenbezeichnung: _____
<input type="checkbox"/> Absauggerät: _____	Typenbezeichnung: _____
<input type="checkbox"/> Inhalationsgerät: _____	Typenbezeichnung: _____
<input type="checkbox"/> Sonstige Geräte: _____	Typenbezeichnung: _____

4 Beatmungszugang und -zeit

Tracheostoma Beatmung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> kontinuierlich <input type="checkbox"/> _____ Stunden am Tag
Nicht-invasive Beatmung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> kontinuierlich <input type="checkbox"/> _____ Stunden am Tag

5 Beatmungsmodus

<input type="checkbox"/> VCV	<input type="checkbox"/> PCV	<input type="checkbox"/> PSV	<input type="checkbox"/> Sonstige _____
------------------------------	------------------------------	------------------------------	---

5.1 Beatmungsgerät-Einstellungen

Druck (mmHg): _____	Atemzugvolumen AZV, VT (ml): _____	Atemfrequenz AF (bpm): _____	I:E-Verhältnis: _____:_____ Insp.-Zeit (s): _____	PEEP/EPAP (mbar): _____	Trigger: <input type="checkbox"/> ja ____ <input type="checkbox"/> nein
------------------------	--	------------------------------------	--	-------------------------------	---

6 Spirometrie- Werte, Funktionsparameter (falls bekannt)

Vitalkapazität VC (ml): _____ bzw. _____ %Soll	forc. Einsekundenkapazität FeV1 (ml): _____	Gesamteinatmungskraft pi max (kPa) : _____ Sniff (kPa): _____	aktueller Einatmungskraft- Einsatz, pi nach 100 ms pi 0,1 (kPa): _____
---	--	---	---

6.1 BGA-Werte spontan und unter Beatmung (falls bekannt)

pCO2 spontan: _____	pO2 spontan: _____	O2-Sättigung spontan: _____	pCO2 Beatmung: _____	pO2 Beatmung: _____
------------------------	-----------------------	--------------------------------	-------------------------	------------------------

7 Atemgasbefeuchtung (bitte **Hersteller** und **Modell** nennen): _____

<input type="checkbox"/> keine Befeuchtung	<input type="checkbox"/> Wärmefeuchtigkeitstauscher (HME)
--	---

Aktive Befeuchtung	<input type="checkbox"/> intermittierend	<input type="checkbox"/> kontinuierlich
Passive Befeuchtung	<input type="checkbox"/> intermittierend	<input type="checkbox"/> kontinuierlich

7.1 Verwendetes Befeuchterwasser

<input type="checkbox"/> Sterilwasser	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
---------------------------------------	---

7.2 Bei Einsatz von Aktivbefeuchtung erfolgt der Schlauchsystemwechsel

<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> nach ca. _____ Wochen	<input type="checkbox"/> bei Defekt
--------------------------------------	--	-------------------------------------

7.3 Bei Keimbeseidlung oder Infekten ändern sich Wechselintervalle oder Filtereinsätze wie folgt

<input type="checkbox"/> nicht
<input type="checkbox"/> Intervall / gewechselte Komponenten: _____

8 Verwendete Trachealkanüle (bitte **Hersteller, Modell** und **Artikelnummer** nennen)

_____	_____	_____
-------	-------	-------

8.1 Wechselintervall bei Trachealkanülen

<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> bei Defekt	<input type="checkbox"/> _____
----------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------

8.2 Reinigungsintervall bei Wiederverwendung der Trachealkanülen

Wie oft: _____	womit: _____
----------------	--------------

9 Verwendete Maske (bitte **Hersteller, Modell** und **Artikelnummer** nennen)

_____	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Full face (Mundnase)	<input type="checkbox"/> Nasal	<input type="checkbox"/> Individuell	<input type="checkbox"/> Sonstige _____

9.1 Haltbarkeit der Maske ca: _____ Monate**9.2 Reinigungsintervall der Maske**

Wie oft: _____	womit: _____
----------------	--------------

10 Schlauchsystem- und Filterwechsel-Intervall Beatmungskreislauf (bitte Hersteller angeben)

Hersteller	Wechselintervall
Schlauchsystem: <input type="checkbox"/> Einweg <input type="checkbox"/> Mehrweg _____	<input type="checkbox"/> ca. ____ Wochen <input type="checkbox"/> bei Defekt <input type="checkbox"/> ca. ____ Tage
<input type="checkbox"/> Einschlauchsystem <input type="checkbox"/> Doppelschlauchsystem : _____	<input type="checkbox"/> ca. ____ Wochen <input type="checkbox"/> bei Defekt <input type="checkbox"/> ca. ____ Tage
Bakterienfilter: _____	<input type="checkbox"/> ca. ____ Wochen <input type="checkbox"/> bei Defekt <input type="checkbox"/> ca. ____ Tage
Gerätefilter: _____	<input type="checkbox"/> ca. ____ Wochen <input type="checkbox"/> bei Defekt <input type="checkbox"/> ca. ____ Tage
HME-Filter: _____	<input type="checkbox"/> ca. ____ Wochen <input type="checkbox"/> bei Defekt <input type="checkbox"/> ca. ____ Tage
HME-Bac-Kombifilter: _____	<input type="checkbox"/> ca. ____ Wochen <input type="checkbox"/> bei Defekt <input type="checkbox"/> ca. ____ Tage

**10.1 Änderung in den Wechselintervallen des Schlauchsystems und der Filter ?
Wenn ja, wann und warum?**

--

11 Reinigungs- und Wechselintervall des Absauggerätes

Reinigung	<input type="checkbox"/> ca. ____ Tage	<input type="checkbox"/> ca. ____ Wochen	<input type="checkbox"/> bei Defekt
Filterwechsel	<input type="checkbox"/> ca. ____ Tage	<input type="checkbox"/> ca. ____ Wochen	<input type="checkbox"/> bei Defekt
Schlauchwechsel	<input type="checkbox"/> ca. ____ Tage	<input type="checkbox"/> ca. ____ Wochen	<input type="checkbox"/> bei Defekt

11.1 Handhabung der Absaugung bei invasiver Beatmung

<input type="checkbox"/> Sterile Handschuhe <input type="checkbox"/> Unsterile Handschuhe <input type="checkbox"/> Non-Touch Technik <input type="checkbox"/> _____

12 Werden Vernebler verwendet?

<input type="checkbox"/> Düsenvernebler <input type="checkbox"/> Ultraschallvernebler <input type="checkbox"/> Mikropumpenvernebler

Hersteller: _____
Welche Substanzen werden vernebelt?: _____

12.1 Bei Verwendung eines Verneblers bei invasiver Beatmung wird der HME-Filter bzw. Bakterienfilter während der Inhalation bisher...

<input type="checkbox"/> ausgebaut <input type="checkbox"/> nach jeder Inhalation ausgetauscht <input type="checkbox"/> ohne Veränderung belassen

13 Verwendung von Tubusverlängerungen

<input type="checkbox"/> Einweg <input type="checkbox"/> Mehrweg	Hersteller: _____
Wechselintervall	<input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> bei Defekt <input type="checkbox"/> _____
Reinigungshäufigkeit	<input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> bei Defekt <input type="checkbox"/> _____
Art der Reinigung:	_____

14 Werden Hustenassistenten eingesetzt?

<input type="checkbox"/> Pegaso	<input type="checkbox"/> Cough Assist	<input type="checkbox"/> Sonstige _____
---------------------------------	---------------------------------------	---

14.1 Wechselintervall Schlauchsystem bei Cough Assist oder Pegaso

<input type="checkbox"/> nach jeder Nutzung	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> _____
---	----------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------

14.2 Gibt es alternatives Sekretmanagement? Und wenn ja, welches?

15 Sonstige Bemerkungen oder Besonderheiten im Rahmen der außerklinischen Beatmung:

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an der Befragung!

Bei Fragebogen-Teilnahme über einen **Pflegedienst**:

Der Klient/Patient hat der Weitergabe der anonymisierten Daten zugestimmt. Die Zustimmung ist in der Patientenakte vermerkt.

Bei Fragebogen-Teilnahme durch den **Klienten/Patienten selbst**:

Ich bin mit der Weitergabe der anonymisierten Daten einverstanden.