



Erarbeitet von der SGD-Arbeitsgruppe „Trachealkanülenmanagement“
 letzte Aktualisierung 21.08.2015

Empfehlungen für ein interprofessionelles Trachealkanülenmanagement

Ziele	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitätssicherung durch interprofessionell geregelte Abläufe und Verantwortlichkeiten im Umgang mit tracheotomierten Patienten. • Ein Weg zur erfolgreichen sicheren Dekanülierung auf der Basis standardisierter Entscheidungsgrundlagen
-------	---

1. Das Tracheostoma

Ziel	<ul style="list-style-type: none"> • Kenntnis der Vor- und Nachteile der verschiedenen Tracheostomaarten
Definition	<ul style="list-style-type: none"> • Tracheotomie: Eröffnung der Trachea • Tracheostomie: Permanente Fixierung der Trachea an der Halshaut <p>→ Anmerkung: Beide Begriffe werden im klinischen Alltag oft synonym gebraucht.</p>
Indikationen zur Tracheotomie	<ul style="list-style-type: none"> • Beenden einer Langzeitintubation • Respiratorisch / Sicherstellung einer suffizienten Atmung <ul style="list-style-type: none"> ○ bei Obstruktion der Atemwege ○ bei pulmonalen Erkrankungen / Ursachen ○ bei neurologischen Erkrankungen • Schutz der tiefen Atemwege • Kehlkopfentfernung (Laryngektomie)
Vorteile einer Tracheotomie (im Vergleich zur translaryngealen Intubation)	<ul style="list-style-type: none"> • Einfachere Bronchialtoilette • Einfachere und effektivere Mund- und Rachenpflege • Einfachere Mobilisation des Patienten • Mündliche Kommunikationsmöglichkeit (je nach Kanülentyp) • Oraler Kostaufbau • Vermeidung von zeitabhängigen Komplikationen und Problemen wie direkte nasale / orale / laryngeale Schädigungen durch den



	<p>Tubus und von möglichen folgenden Larynx- und Trachealschäden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Geringerer Sedierungsbedarf <p>→ CAVE: eine blockbare Trachealkanüle schützt nicht vor Aspiration, kann aber das weitere Eindringen des Aspirates in die unteren Luftwege nahezu verhindern und ermöglicht, das aspirierte Material abzusaugen</p>
<p>Arten der Tracheotomie</p>	<p>Unabhängig von der Art der Tracheotomie kann sich das Tracheostoma im Verlauf als stabil oder instabil erweisen. Im klinischen Alltag zeigt sich die Beschreibung und Dokumentation des Tracheostomas mit den Begriffen stabil oder instabil als aussagekräftiger als die Bezeichnung der Art der Tracheotomie.</p> <p>Die Tracheostomaart scheint keinen wesentlichen Einfluss auf die Häufigkeit, Art und Schwere der Komplikationen zu haben.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chirurgische Tracheotomie = Operative Freilegung der Trachea (weitere Begriffe: konventionelle Tracheotomie, plastische Tracheotomie, offene Tracheotomie) • Dilatative Tracheotomie = Halsweichteile und Trachea werden dilatiert, der Punktionskanal muss so weit sein, dass eine Trachealkanüle eingeführt werden kann (weitere Begriffe: perkutane Tracheotomie, Punktionstracheotomie, perkutan dilatative Tracheotomie (PDT)) <p>Kontraindikationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Schwieriger Atemweg (z.B. schwierige oder unmögliche Intubation) ▪ Instabile HWS Fraktur ▪ Ungünstige Halsweichteile (z.B. extremer Kurzhals, Narbenbildung oder Trachealverlagerung nach Voroperation, Struma III) ▪ Fehlende intensivmedizinische Rahmenbedingungen oder bronchoskopische Überwachung ▪ Nicht ausgeglichene Gerinnungsstörung ▪ Instabile maschinelle Beatmungssituation bereits während Intubation <p>→ Anmerkung: Die Verlegung in eine Pflegeeinrichtung oder in die häusliche Pflege sollte im Hinblick auf einen komplikationsfreien Trachealkanülenwechsel und die Vermeidung von Notfallsituationen nur mit einem stabilen Tracheostoma erfolgen.</p>
<p>Mögliche Einschränkungen durch eine Tracheotomie</p>	<p>Es können Früh- und Spät komplikationen auftreten. Frühkomplikationen sind meist durch die Tracheostomaanlage bedingt. Spät komplikationen sind in der Regel durch die Trachealkanüle bedingt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schlucken erschwert



	<ul style="list-style-type: none"> • Sprechen erschwert • Richten und Schmecken erschwert • Keine natürliche Erwärmung und Befeuchtung der Atemluft → zähes Sekret • Fremdkörpergefühl • Effizientes Husten erschwert (Druckaufbau) • Sensibilitätseinschränkung pharyngeal, endolaryngeal, tracheal • Larynxmobilität erschwert • Eingeschränkte Beweglichkeit des Kopfes (Schonhaltung) • Schmerzen
Mögliche Komplikationen im Verlauf	<ul style="list-style-type: none"> • Infektion (Stoma, untere Atemwege) • Relevante Blutungen • Trachealschäden (Cuffdruck, Absaugläsionen) • Tracheo-ösophageale Fistel • Laryngotracheale Stenosen, Tracheomalazie, Granulome, Narbenbildung • Kanülenverschluss durch Sekret • Dislokation Trachealkanüle • Auftreten einer Dysphagie
Prophylaxe von Spät-komplikationen	<ul style="list-style-type: none"> • Regelmässiges hygienisches und therapeutisches Entblocken • Einsatz eines Sprechventils • Intensive Mundpflege • Tracheostoma- und Kanülenpflege • Ausreichende Befeuchtung durch Inhalieren • Verwendung einer „feuchten Nase“ • Adäquate Kanüle • Endoskopische Lagekontrolle der Kanüle • Regelmässiger Kanülenwechsel (ca. alle 4 Wochen) • Low pressure Kanülen verwenden • Regelmässige Cuffdruckkontrollen



2. Die Trachealkanülenpflege

2.1. Tracheostomapflege

Kompetenzbereich	Diplomiertes Pflegefachpersonal
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> • Trockenes, reizloses Tracheostoma • Regelmässige Inspektion zur Verlaufskontrolle
Risiken	<ul style="list-style-type: none"> • Feuchtes Milieu um das Tracheostoma (Mazeration) • Lokale Infektionen • Granulationen • Keimverschleppung • Dislokation der Kanüle bei Öffnung und/oder Lockerung des Haltebandes
Häufigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 1x am Tag und bei Verschmutzung und/oder Durchfeuchtung (häufiger vor allem in der Frühphase der Anlage)
Ablauf	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Material vorbereiten</u> <ul style="list-style-type: none"> • Handschuhe (unsteril) • Händedesinfektionsmittel • Normale Kompressen • Schlitzkomresse (steril, 10x10 cm) (Material der Schlitzkomresse gemäss hausinternen Regelungen) • Kleine sterile Wattestäbchen • NaCl 0,9% • Schleimhautdesinfektionsmittel (z.B. Octenisept) • Ggf. Hautpflegemittel (Bepanthen, Cavillon, ...) • Ggf. neues Kanülen-Halteband • Abwurfbehälter 2. <u>Patient vorbereiten</u> <ul style="list-style-type: none"> • Patient über den Ablauf informieren • Rückenlage, mit leicht erhöhtem Oberkörper, Nacken bei Bedarf leicht überstrecken 3. <u>Durchführung</u> <ul style="list-style-type: none"> • Hygienische Händedesinfektion • Cuffdruck kontrollieren (im grünen Bereich des Cuff-Manometers 22- 32 cmH₂O) • Handschuhe anziehen



	<ul style="list-style-type: none"> • Kanülen-Halteband lockern, jedoch nicht lösen. • Darauf achten, dass die Kanüle nicht disloziert (z.B. bei einem Hustenstoss) • Schlitzkomresse vom Tracheostoma entfernen und mit den Handschuhen entsorgen • Komresse / Sekret beurteilen • Hygienische Händedesinfektion, frische Handschuhe • Ggf. Tracheostomarand absaugen • Eine Hand hält das Kanülenplättchen (diese Hand bleibt während dem ganzen Verbandswechsel die Haltehand) • Tracheostoma mit NaCl 0,9% getränktem Wattestäbchen reinigen • Desinfektion mit Schleimhautdesinfektionsmittel getränkten Wattestäbchen • Ggf. Hautpflegemittel auftragen (mit frischen Handschuhen oder Watteträger) • Kanülen-Halteband wieder befestigen, Reinigung und Desinfektion auf der anderen Seite • Neue Schlitzkomresse platzieren • Kanülen-Halteband wieder festziehen, so dass noch zwei Finger darunter Platz haben (ggf. Kanülen-Halteband erneuern - in der Regel spätestens nach 3-5 Tage - bei einem Wechsel des Kanülen-Haltebandes muss die Trachealkanüle unbedingt festgehalten werden!) • Cuffdruck kontrollieren <p>4. <u>Dokumentation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Beurteilung des Stomas und des Sekretes, Schmerzen und Besonderheiten
--	---

2.2. Reinigung der Innenkanüle

Ziele	<ul style="list-style-type: none"> • Durchgängigkeit/Atmung gewährleisten • lokale Infektionen verhindern • Keimverschleppung verhindern • Dislokation verhindern
Arten der doppelumige Kanülen	<p>Von der Art der doppelumigen Kanüle hängt die entsprechende Pflege ab:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Man unterscheidet zwischen Kanülen, bei denen sich der Konnektor an der Aussenkanüle befindet und Kanülen, bei



	<p>denen sich der Konnektor an der Innenkanüle befindet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Innenkanülen werden als Einweg- oder Mehrwegprodukte angeboten (siehe Herstellerhinweise) • Bei Kanülen mit dem Konnektor an der Innenkanüle muss bei der Reinigung vorübergehend eine speziell markierte Reinigungsinnenkanüle eingesetzt werden. Ansonsten passt/hält der Sauerstoff- und Beatmungsansatz nicht. Während der Reinigungszeit können sich – ohne eingesetzte Innenkanüle – an der Innenseite der Aussenkanüle Borken bilden. Diese können beim Wiedereinsetzen der originalen Innenkanüle nach unten (in die Trachea) gestossen werden
<p>Reinigung einer Einmalinnenkanüle</p>	<p>Durchgängigkeit der Kanüle prüfen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Häufigkeit: mind. 1x/d, je Sekretsituation entsprechend öfters • Innenkanüle alle 24 Stunden durch eine neue ersetzen • Beim Wiedereinlegen der Innenkanüle diese evtl. mit NaCl 0,9% benetzen <p>Es besteht immer die Gefahr, dass beim Einlegen der Innenkanüle Sekretreste in die Trachea geschoben werden können.</p>
<p>Reinigung der Mehrweginnenkanüle</p>	<p>Mind. 1x tgl. im Rahmen der Tracheostomapflege, bei Bedarf häufiger durchzuführen.</p> <p>Die Hygienevorschriften der jeweiligen Einrichtung und des Herstellers sind zu berücksichtigen. Diese können stark variieren.</p> <p><u>Material vorbereiten:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Einmalhandschuhe, Händedesinfektionsmittel • Pfeifenputzer oder Reinigungsbürste (Einmalprodukt) • Bei starker Verschmutzung zum Einlegen: Wasserstoffperoxid 1% /Reinigungslösung/Wasser (je nach Vorschrift) • grosse Ampullen NaCl 0,9% • 2 kleine sterile Nierenschalen/Behälter (in welchen die Innenkanüle Platz hat) • Ersatzinnenkanüle/Reinigungsinnenkanüle • 1-2 sterile Kompressen • Longuettenpack oder Aufbewahrungsbehälter • auf Funktionstüchtigkeit überprüfte Absaugung bereit stellen, Absaugkatheter <p>Den Patienten informieren und entsprechend lagern.</p> <p><u>Durchführung:</u></p> <p>Man kann die verunreinigte Innenkanüle entweder durch eine saubere identische Innenkanüle austauschen, oder nur für die Zeit der Reinigung eine Ersatzinnenkanüle einlegen (je nach Produkt).</p>



	<ul style="list-style-type: none"> • hygienische Händedesinfektion durchführen • Einmalhandschuhe anziehen und damit Innenkanülen austauschen • Bei starker Verschmutzung Innenkanüle in Wasserstoffperoxid/Reinigungslösung oder Wasser einlegen (je nach Vorschrift) und dann mit Pfeifenputzer oder Reinigungsbürste reinigen • ggf. die Aussenseite der Innenkanüle mit steriler Kompresse reinigen • mit NaCl 0,9% oder laufendem Wasser (je nach Vorschrift) die Kanüle gut durchspülen • ggf. Ersatzinnenkanüle beim Patienten durch die gereinigte Innenkanüle austauschen • Gereinigte Ersatzinnenkanüle in Longuettenpack einpacken oder in eine Lagerungsbox ablegen • Longuettenpack gut sichtbar mit Datum und Uhrzeit versehen (mind. einmal tägl. erneuern) • Für jede Innenkanüle/Reinigungsvorgang eine neue Nierenschale/Gefässe, Wasserstoffperoxid und NaCl 0,9% verwenden! <p><u>Nachbereitung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Atmung kontrollieren. Diese sollte gleichmässig und ohne Nebengeräusche sein • Bei möglicherweise bedrohlichen Zustandsveränderungen umgehend den Arzt informieren • Patienten wieder bequem lagern • Händedesinfektion
--	--

2.3. Tracheales Absaugen (ohne Entblocken)

Kompetenzbereich	<ul style="list-style-type: none"> • Diplomiertes Pflegefachpersonal und die von der Institution definierten Personen
Allgemeines	<ul style="list-style-type: none"> • Man unterscheidet nasales, orales und tracheales Absaugen. Das tracheale Absaugen umfasst das Absaugen in der Trachealkanüle und bei Bedarf über das Trachealkanülenende hinaus bis kurz vor die Bifurkation. • Bei Patienten, die selbständig oder mit manueller bzw. apparativer Unterstützung effizient abhusten können, ist dieses dem trachealen Absaugen vorzuziehen. Bei Patienten mit gutem Hustenstoss muss oft nur in der Trachealkanüle abgesaugt werden.



	<ul style="list-style-type: none"> • Das Absaugen über die Trachealkanüle kann beim Patienten einen unangenehmen Hustenreiz und Atemnot hervorrufen und birgt Komplikationsmöglichkeiten (siehe weiter unten). Ein Auf- und Abschieben des Katheters während eines Absaugvorganges ist zu vermeiden. • Andererseits kann durch insuffizientes endotracheales Absaugen zurückbleibendes Sekret ebenso zu Komplikationen führen. • <u>Empfehlung</u>: Absaugen so wenig wie möglich (Schleimhautdefekte, Infektionsgefahr), so oft wie nötig (Sekretanfall).
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> • Sekretfreie Atemwege • Vermeidung von Infektionen
Risiken	<ul style="list-style-type: none"> • Zusätzliches Infektionsrisiko • Schleimhautschäden an der Trachea durch falsches oder zu tiefes Absaugen • Starker Hustenreiz (Erhöhung des intrakraniellen und intrathorakalen Druckes) • Respiratorische Komplikationen: Hypoxie, insuffiziente Atmung, Sekretverhalt • Kardiale Reaktionen, die bis zu einem Kollaps führen können (z.B. Vagusreiz, elektrophysiologische Irritation, die zu einer Blockierung des atrio-ventrikularen (AV) Knotens führen kann)
Zeichen der Sekretansammlung	<ul style="list-style-type: none"> • Patient gibt Bedarf an • Atemsynchrone Rassel- bzw. Brodelgeräusche und geräuschvolles Atmen • Angestrengte Atemarbeit (Einsatz der Atemhilfsmuskulatur) • Sichtbare Sekrete, z.B. in der Kanüle/künstlicher Nase/Ventil • Abfall der Sauerstoff-Sättigung
Ablauf	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Material vorbereiten / Check Absauggerät</u> <ul style="list-style-type: none"> • Absauggerät funktionsfähig? • Ausreichend Platz im Sekretaufangbehälter? • Mehrere sterile Absaugkatheter entsprechend der Grösse der Trachealkanüle vorhanden? (atraumatische Katheter empfohlen – s. Anhang 1) • Mund-/Nasenmaske, Schutzbrille • Händedesinfektionsmittel • Handschuhe (unsteril) • Sterile Folienhandschuhe • Spülflüssigkeit • Ggf. Pulsoxymetrie



	<ul style="list-style-type: none">• Abwurfbehälter <p>2. <u>Patient vorbereiten:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Patient über den Ablauf/Intervention informieren• Beruhigend auf den Patienten einwirken <p>3. <u>Durchführung:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Maske (Mund-Nasenschutz) und Schutzbrille wird zum Selbstschutz empfohlen (Schutzbrille bei Brillenträgern nicht zusätzlich erforderlich)• Hygienische Händedesinfektion, Handschuhe (unsteril) anziehen.• Katheterhülle im Ansatzbereich aufreissen und mit Absaugschlauch verbinden. Die künstliche Nase bereits lockern.• Absauggerät einschalten. Der Sog soll auf 0,2 bar eingestellt werden. Die maximale Sogkraft sollte 0,4 bar nicht überschreiten. Bei Patienten mit therapeutischer Antikoagulation und bei blutigem Sekret muss die Sogstärke niedriger gehalten werden.• Einen sterilen Folienhandschuh überziehen, künstliche Nase abnehmen (mit der unsterilen Hand Katheterhülle entfernen (z.B. unter der Armbeuge herausziehen) und Katheter mit dem sterilen Folienhandschuh entsprechend der geplanten Einführtiefe vorne anfassen.• Sog herstellen (Fingertip intermittierend verschliessen). Absaugen, wenn möglich parallel zur Ausatmung. Katheter mit oder ohne Sog einführen (gemäss der hausinternen Weisung). Bei Verdacht auf Kanülenverlegung bei doppellumigen Trachealkanülen zunächst die Innenkanüle entfernen und reinigen, bei weiteren Schwierigkeiten sofort Stations-/Dienstarzt informieren.• Kein Stochern in der Trachea! Tracheales Absaugen max. 15 Sekunden!• Absaugkatheter zwischen dem Zeigefinger und Daumen während des Absaugens drehen → Katheterspitze dreht sich mit. (Mit dem Absaugkatheter in der Kanüle nicht „rühren“ → Katheterspitze dreht sich nicht und kann sich ggf. ansaugen.)• Nach dem Absaugvorgang Folienhandschuh über den Katheter streifen und zusammen wegwerfen. Absaugschlauch durchspülen. Gerät abschalten.• Nach Beendigung des Absaugens Atmung beobachten und ggf. den Absaugvorgang mit neuem Katheter wiederholen, ggf. Tracheostomarand absaugen.• Handschuhe entsorgen• Händedesinfektion durchführen
--	--



	<p>4. <u>Dokumentation:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Menge, Beschaffenheit, Aussehen, Blutbeimengungen usw. des trachealen Sekretes • Absaughäufigkeit • Patientenverhalten, Empfindung • Qualität des Hustenstosses
--	--

2.4. Entlocken bei gleichzeitigem Absaugen

Kompetenzbereich	<ul style="list-style-type: none"> • Diplomiertes Pflegefachpersonal und die von der Institution definierten Personen
Allgemeines	<ul style="list-style-type: none"> • Das Entlocken findet nur mit gleichzeitigem Absaugen statt • Es wird entweder reinigend (bei grosser Sekretansammlung oberhalb des Blocks) oder therapeutisch durchgeführt • zur Umstellung der Atmung auf die oberen Atemwege wird ein Sprechventil verwendet • Idealerweise erfolgt das Entlocken mit 2 Personen (1 Person, die steril absaugt und 1 Person, die entlockt und die Atmung unterstützt). Je nach Standard des Hauses kann dieser Vorgang von einer erfahrenen Person auch alleine durchgeführt werden • Bei einer Trachealkanüle mit subglottischer Absaugung wird das Sekret vor dem Entlocken über den speziellen Absaugschengel abgezogen • Der Abstand zur letzten Nahrungsgabe muss individuell berücksichtigt werden (Gefahr der Aspiration durch Erbrechen). • Zum Schutz der Trachea-Schleimhaut müssen die heute am häufigsten verwendeten geblockten Trachealkanülen mit High (volume) – low (pressure) System bei korrektem Handling (mit Manometer) laut Hersteller nicht mehr entlockt werden.
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> • Sekretfreie Atemwege • Vermeidung von Infektionen • Reduktion des Eindringens von Sekret in die tieferen Atemwege - welches sich oberhalb des Blocks angesammelt hat – durch entsprechende Absaugtechnik während des Entlockens. Bei einer Trachealkanüle mit subglottischer Absaugung wird als Vorbereitung über den 2. Schenkel Sekret abgezogen. • Wiederherstellen/Erhalten der Sensibilität im gesamten orofacialen Trakt durch die sich bewegende Atemluft • Ermöglichen und Aktivierung der Schutzmechanismen (husten/räuspern) • Phonation und verbale Kommunikation ermöglichen und/oder ggf. anbahnen und beüben



Risiken	<ul style="list-style-type: none"> • siehe unter „tracheales Absaugen“ • Bei unsachgemäßem Handling zusätzliches Infektionsrisiko durch Sekret, das in die tiefen Atemwege gelangen kann • Atemnot bei Verwendung eines Sprechventils/Verschlusses durch Verlegung der Atemwege (durch Schwellungen, Stenosen, zu grosse Kanülen...) 	
Ablauf	<p><u>Vorbereitung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienten bzw. Patientin informieren • Lagerung entsprechend den Möglichkeiten • SO₂ Messung bei Bedarf einrichten, ggf. O₂ verabreichen • Mund- und Nasenpflege • Absaugung überprüfen, funktionstüchtig? • Bei Bedarf nasal/oral absaugen • Subglottisches Abziehen von Sekret bei der Trachealkanüle mit subglottischer Absaugung (Es wird nicht empfohlen, den Aspirationsschenkel an der Kanüle mit NaCl 0,9 % durchzuspülen, um Sekret oder Verkrustungen aus dem Schenkel zu entfernen Cave: Infektions- und Aspirationsgefahr!) <p><u>Durchführung des Entblockens unter gleichzeitigem Absaugen mit 2 Personen</u></p>	
	1 Person, die steril absaugt	1 Person, welche die Atmung unterstützt und entblockt
	<ul style="list-style-type: none"> • Hygienische Händedesinfektion und unsterile Handschuhe anziehen 	<ul style="list-style-type: none"> • Hygienische Händedesinfektion und unsterile Handschuhe anziehen
		<ul style="list-style-type: none"> • Spritze zum Entcuffen installieren
	<ul style="list-style-type: none"> • Absaugvorgang vorbereiten (siehe „tracheales Absaugen“ S.6) • 1 mal in der Kanüle absaugen • Je nach Sekretsituation tracheal absaugen (ohne Entblocken, siehe „tracheales Absaugen“ S.6) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausatmen forcieren
	<ul style="list-style-type: none"> • Absaugkatheter ohne Sog bis zum unteren Kanülenrand einführen (Zeichen an 2. Person geben) 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Absaugkatheter 1,0 – 1,5 cm tiefer schieben, Sog aufbauen und unter Sog langsam (max. 15 Sek.) Katheter herausziehen 	<ul style="list-style-type: none"> • Entblocken am Ende der Inspiration beginnen • Während des Absaugens Ausatmung bzw. Husten



	(Erklärung: Hier nicht bis zur Bifurkation absaugen, um keinen Hustenreiz durch Berührung auszulösen)	unterstützen, Schluckvorgang stimulieren, Stabilität gewährleisten (v.a. Kopf- und Nackenbereich)
	<ul style="list-style-type: none"> • Material entsorgen • Hygienische Händedesinfektion • Ist auf Abruf bereit für weiteres tracheales Absaugen und weitere Unterstützung • Dokumentation 	Je nach Situation oder Status: <ul style="list-style-type: none"> • Therapiesequenz • Trachealkanüle wieder blocken oder Sprechventil aufsetzen und/oder belassen • Hygienische Händedesinfektion • Dokumentation • Material entsorgen

3. Der Weg zur Dekanülierung

Kompetenzbereich	Interdisziplinäres Team bestehend aus Ärzten, Pflege und Logopädie
Ziele	Möglichst weites Vorankommen im Trachealkanülen- und Dekanülierungsmanagement (siehe Abbildung 1), ggf. parallel zum Weaning, im Idealfall bis zur Dekanülierung: <ul style="list-style-type: none"> • verbale Kommunikation ermöglichen • Speichelmanagement verbessern • ggf. Weaning • schrittweise Entwöhnung von der Trachealkanüle, falls möglich Dekanülierung • Verbesserung der Reinigungsfunktionen und des Sekretmanagements • ggf. parallel Schlucktherapie mit Kostaufbau am Sprechventil
Allgemeines	Im Alltag begegnet man immer häufiger beatmeten Kanülenpatienten. Das therapeutische Trachealkanülenmanagement und ggf. die Schlucktherapie kann jedoch in Zusammenarbeit mit den Ärzten und dem Respi-Team auch parallel zum Weaning erfolgen. Beatmung stellt dank spezieller Sprechventile (Passy-Muir® Sprechventil) oder spezieller Sprechkanülen für die Beatmungsmaschine (BLOM® Trachealkanülensystem) kein Hindernis für Schlucktherapie und Trachealkanülenmanagement dar, ein nahezu analoges Vorgehen wie bei spontanatmenden Patienten ist möglich.
Ablauf	Ein klinisch bewährtes Vorgehen, ist in Abbildung 1 dargestellt.

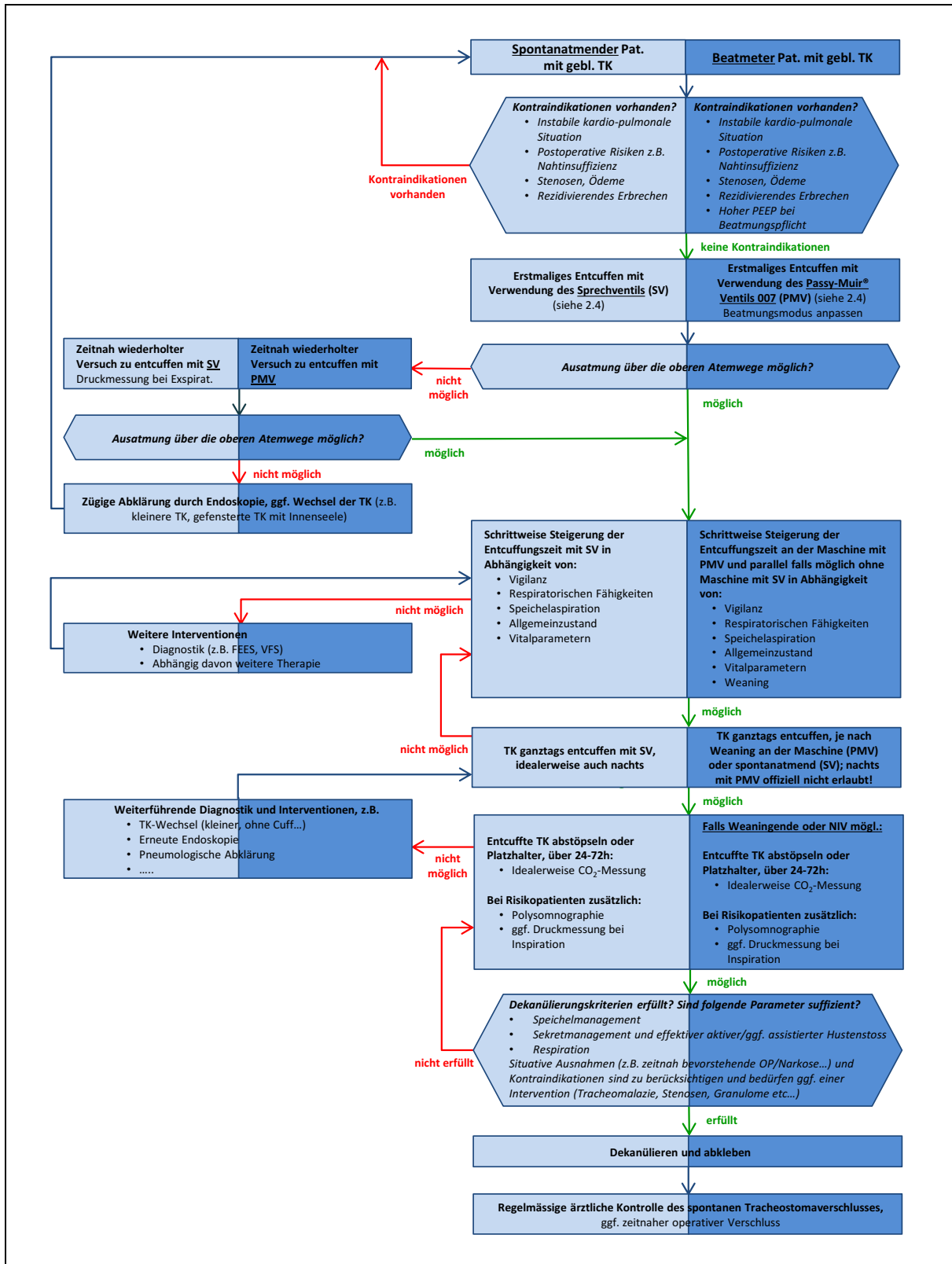


Abbildung 1: SGD Empfehlung zum Trachealkanülen- und Dekanülierungsmanagement für spontanatmende (hellblau) und beatmete (dunkelblau) Patienten



Beteiligte Arbeitsgruppenmitglieder zur Erstellung der Empfehlungen (alphabetische Reihenfolge):

Nadine Amrhein, Susanne Bauer, Dr. Kathrin Degenhardt, Nadine Dunkel, Veronika Schradi, Hans Schwegler, Heike Sticher, Ursula Vith