

Vorwort zur 2. Auflage

Dieses handliche Buch richtet sich an all jene, die grundlegende Maßnahmen zur Pflege kranker oder hilfsbedürftiger Menschen jeden Alters erlernen und durchführen möchten. Es soll ihnen dabei helfen, fachlich korrekt und zugleich einfühlsam mit Patienten zu arbeiten.

Die zahlreichen und positiven Rückmeldungen zur 1. Auflage haben gezeigt, wie groß der Unterstützungsbedarf in Form von kompakten Handlungsanleitungen für Schülerinnen, Schüler und Auszubildende im Bereich der Pflege ist. Deshalb habe ich mich zu einer Weiterentwicklung des Buches entschlossen. Die 2. Auflage von Pflege Basis pocket wurde um zahlreiche Pflegemaßnahmen ergänzt. Die neu in das Buch aufgenommenen Prophylaxen sind in einem Kapitel zusammengefasst. Bereits bestehende Inhalte wurden erweitert und aktualisiert. Auf diese Weise richtet sich das Buch weiterhin an berufsvorbereitende Bildungsgänge. Gleichzeitig soll es auch Auszubildenden in den Berufen der Altenpflegehilfe, Krankenpflegehilfe und Gesundheits- und Pflegeassistenz ein wertvoller Begleiter sein.

Pflege Basis pocket enthält nun 86 leicht verständliche Schritt für Schritt-Anleitungen, die eine korrekte Umsetzung der Maßnahmen in der pflegerischen Praxis ermöglichen. Ein inhaltsreicher Umschlag, ein ausführliches Sachwortverzeichnis und ein detailliertes Glossar ermöglichen den schnellen Zugriff auf die Themen. Pflege Basis pocket ist weiterhin ein informatives und praktisches Nachschlagewerk.



Wichtige Regeln und Sachverhalte sind in roten Kästen hervorgehoben.



Realistische Gesprächsbeispiele aus dem pflegerischen Alltag in blauen Kästen erleichtern erste Patientenkontakte und sensibilisieren für das wichtige Thema der Patientenkommunikation.

In diesem Buch ist oft vom „Patienten“ die Rede. Damit ist stets sowohl die weibliche als auch die männliche Person gemeint. Je nach Tätigkeitsfeld in der Pflege sind außerdem Bezeichnungen wie „Bewohner“, „Klient“, „Kunde“ u.a. üblich. Ich bitte um Verständnis, dass ich mich zugunsten einer besseren Lesbarkeit auf die Bezeichnung „Patient“ beschränkt habe.

Bei der Arbeit an der 2. Auflage dieses Buches hat Dr. Henrike Sappok-Laue mich mit wertvollen Hinweisen unterstützt. Hierfür mein herzlicher Dank!

Wenn auch Sie Hinweise zur Weiterentwicklung von Pflege Basis pocket geben möchten, schreiben Sie an den Verlag Handwerk und Technik (www.info@handwerk-technik.de). Ich danke Ihnen für Ihre Anregungen.

Georg Frie

3.2 Bettwäsche wechseln

Material:

- Abwurfbehälter für benutzte Bettwäsche
- Frische Bettwäsche

Durchführung:

- Bett auf rückenfreundliche Arbeitshöhe bringen.
- Bettdecke, Kopfkissen und Lagerungshilfsmittel entfernen.
- Kopfteil flach stellen und Laken lösen. Bei Verschmutzung: Lakenwechsel.
- Neues Laken straff und faltenfrei wieder einstecken.
- Kopfkissen aufschütteln. Bei Verschmutzung: Wechsel des Kissenbezugs.
- Lagerungshilfsmittel im Bett positionieren.
- Bettdecke aufschütteln. Bei Verschmutzung: Wechsel des Bettbezugs.
- Bettdecke (evtl. halbieren und) auf das Bett legen.
- Evtl. Tagesdecke auflegen.

3.3 Bettwäsche wechseln bei bettlägerigen Menschen

Material:

- Abwurfbehälter für benutzte Bettwäsche
- Frische Bettwäsche

Durchführung:

- Fenster und Türen schließen, um Zugluft zu vermeiden. Andere Personen nach Möglichkeit aus dem Zimmer bitten, um die Privatsphäre zu schützen.
- Bett auf rückenfreundliche Arbeitshöhe bringen.
- Bettdecke und Kopfkissen entfernen.



„Guten Morgen, Frau Taler! Wir möchten heute Ihr Bett neu beziehen. Ich lege dazu Ihre Bettdecke und das Kopfkissen beiseite. ... Rollen Sie sich jetzt bitte mit meiner Hilfe auf die rechte Seite. Meine Kollegin Laura hält sie dort sicher am Oberkörper fest.“

- Patienten möglichst weit zum Bettrand auf eine Seite drehen (z.B. die rechte Seite).
- Dort wird er von einer zweiten Pflegekraft gehalten.
- Die erste Pflegekraft löst das Laken (auf der linken Seite) und rollt es zur Bettmitte hin auf.
- Danach zieht sie das frische Laken auf derselben Seite auf. Den Teil des frischen Lakens, mit dem die andere Seite bezogen werden soll, rollt sie ebenfalls auf und legt die Rolle hinter die Rolle des benutzten Lakens.
- Nach Absprache mit dem Patienten und der zweiten Pflegekraft wird der Patient über die Stoffrollen hinweg auf die frisch bezogene (linke) Seite gedreht.
- Die Pflegekraft, die den Patienten zuvor gehalten hat, entfernt nun das benutzte Laken, rollt das frische Laken aus und steckt es ein. Faltenbildung vermeiden.
- Kopfkissen und Bettdecke aufschütteln bzw. bei Bedarf neu beziehen.

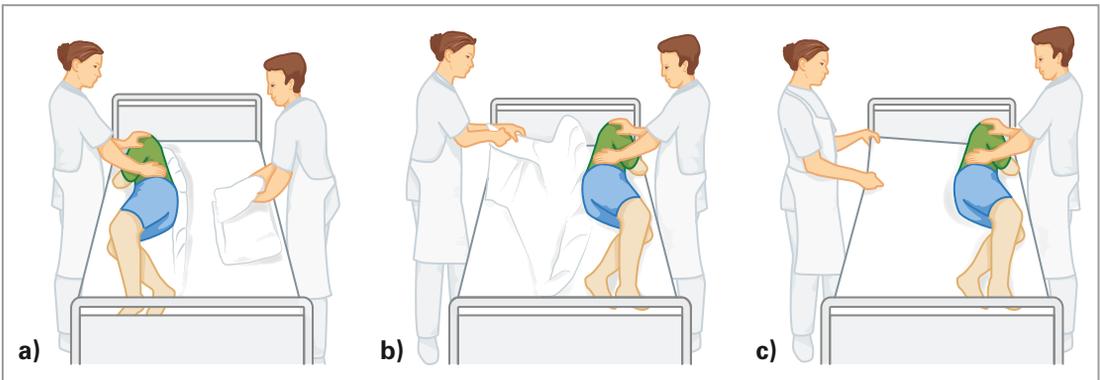


Abb. 3.5 a, b, c: Arbeitsschritte beim Betten des Patienten



Statt von der Seite kann der Wäschewechsel nach dem gleichen Schema auch vom Kopf- zum Fußende durchgeführt werden. Hierzu muss der Patient allerdings Oberkörper und Gesäß selbstständig anheben können.

3.4 Transfer im Bett

Vorbereitung:

- Patient liegt auf dem Rücken. Kopfteil flach stellen.
- Pflegekräfte stehen sich versetzt gegenüber.

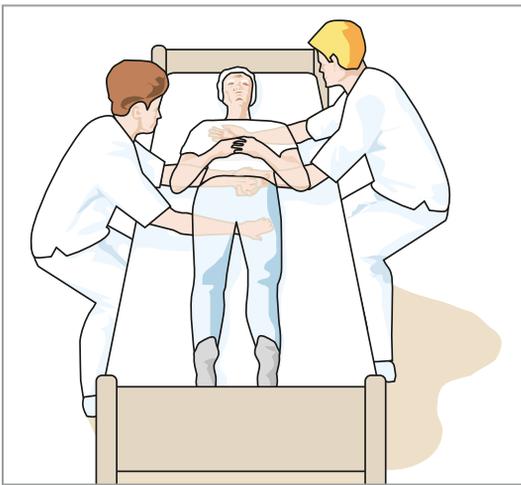


Abb. 3.6:
Transfer des Pflegebedürftigen
zum Kopfende

Durchführung:

- Pflegekräfte schieben je eine Hand unter das Becken des Patienten und greifen ineinander.
- Die freien Hände werden im Bereich von Oberschenkel und Schulter des Patienten positioniert.
- Auf Kommando wird der Patient leicht angehoben und zum Kopfende bewegt.
- Der Patient kann die Maßnahme durch Abstoßen mit den Füßen oder Nutzung des Bettbügels aktiv unterstützen.

8 Prophylaxen durchführen

Prophylaxen sind Maßnahmen, die Krankheiten verhüten und vorbeugen sowie deren Komplikationen und Folgen vermeiden sollen.

8.1 Sturzprophylaxe

Die Maßnahmen sollen das Risiko für einen Sturz senken.

Risikofaktoren:

- Hohes Alter
- Erkrankungen des Bewegungsapparates, eingeschränkte Mobilität
- Stolperfallen in der Umgebung, Schuhe die keinen Halt geben
- Angst vor einem Sturz, vorangegangener Sturz
- Sehstörungen
- Kreislaufprobleme
- Bestimmte Erkrankungen (z.B. Unterzuckerung bei Diabetes, Epilepsie, Demenz)
- Nächtlicher Harndrang
- Nebenwirkungen von Medikamenten

Maßnahmen:

- Beim An- und Auskleiden hinsetzen.
- Beim Gehen unterstützen.
- Bei Bedarf Balance- und/oder Krafttraining veranlassen.
- Hüftprotektoren anbieten.
- Für eine sichere Umgebung sorgen: korrekte Betthöhe, Stolperfallen entfernen (z.B. Teppichkanten, Kabel), ausreichende Beleuchtung, Handläufe, rutschfester Boden, gut erreichbare Gegenstände (z.B. Lichtschalter, Klingel, Urinflasche), Toilettensitzerhöhung, Duschhocker, Haltegriffe im Bad usw.
- Für festes Schuhwerk sorgen.
- Brille auf Eignung prüfen lassen.
- Evtl. Medikamentenplan ärztlich überprüfen lassen.
- Evtl. über Hausnotrufsysteme informieren.
- Sturzgefährdung regelmäßig einschätzen.

8.2 Dekubitusprophylaxe

Die Maßnahmen sollen die Bildung eines Druckgeschwürs der Haut verhindern.

Ein Dekubitus entsteht, wenn über einen längeren Zeitraum Druck auf dieselbe Körperstelle ausgeübt wird (z.B. durch Bettlägerigkeit). Die kleinen Blutgefäße werden zusammengedrückt, dem Gewebe fehlt dadurch Sauerstoff, es bildet sich ein Geschwür, später kann das Gewebe absterben (Nekrose). Die Haut über vorstehenden Knochen ist besonders gefährdet, da sich dort nur wenig Unterhautfettgewebe befindet. Schon wenige Stunden Druck können die Haut von Patienten mit Risikofaktoren schädigen.



Risikofaktoren

- Lang andauernde Druckeinwirkung oder Scherkräfte durch:
 - Eingeschränkte Aktivität, Mobilität, Selbstständigkeit
 - Eingeschränkte Positionsveränderung (im Liegen oder Sitzen)
 - Abhängigkeit von Gehhilfen oder Rollstuhl
 - Abhängigkeit von professioneller Unterstützung beim Gehen oder Transfer
 - Druckeinwirkung durch Gegenstände von außen (z.B. durch Schienen, Sonden, Katheter, faltige Bettwäsche)
- Hohes Alter
- Schlechter Ernährungszustand, Flüssigkeitsmangel
- Adipositas
- Inkontinenz
- Fieber
- Empfindungsstörungen der Haut

Maßnahmen



Druck, Zeit und Gewebetoleranz sind die drei entscheidenden Faktoren bei der Entstehung eines Dekubitus. Es ist deshalb wichtig, die Haut eines Pflegebedürftigen regelmäßig zu beobachten. Nur so kann ein Dekubitus frühzeitig erkannt werden. Eine nicht wegdrückbare Rötung ist bereits ein Dekubitus ersten Grades.

- Regelmäßig Mobilisation und Bewegung fördern (z.B. durch aktivierende Pflege).
- Bewegungsförderungs- und Lagerungsplan erstellen und anwenden.
- Betroffene zu regelmäßigen Mikrobewegungen (kleine Körperbewegungen) anregen.
- Regelmäßige Lagerungswechsel durchführen (siehe Seite 26).
- Bei Pflegebedürftigen ohne Eigenbewegung evtl. Hilfsmittel anwenden, die den Druck auf gefährdete Hautregionen verringern (z.B. Wechseldruckmatratze).
- Sorgfältige Hautpflege und -beobachtung (Fingerdrucktest) und Intertrigoprophyaxe.
- Ggf. Ernährungszustand verbessern.
- Dekubitusgefährdung regelmäßig einschätzen.

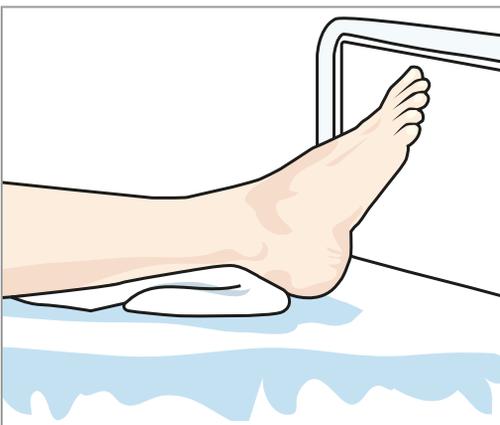


Abb. 8.1:
Druckentlastung der Ferse mithilfe eines kleinen, faltenfrei zusammengelegten Handtuchs

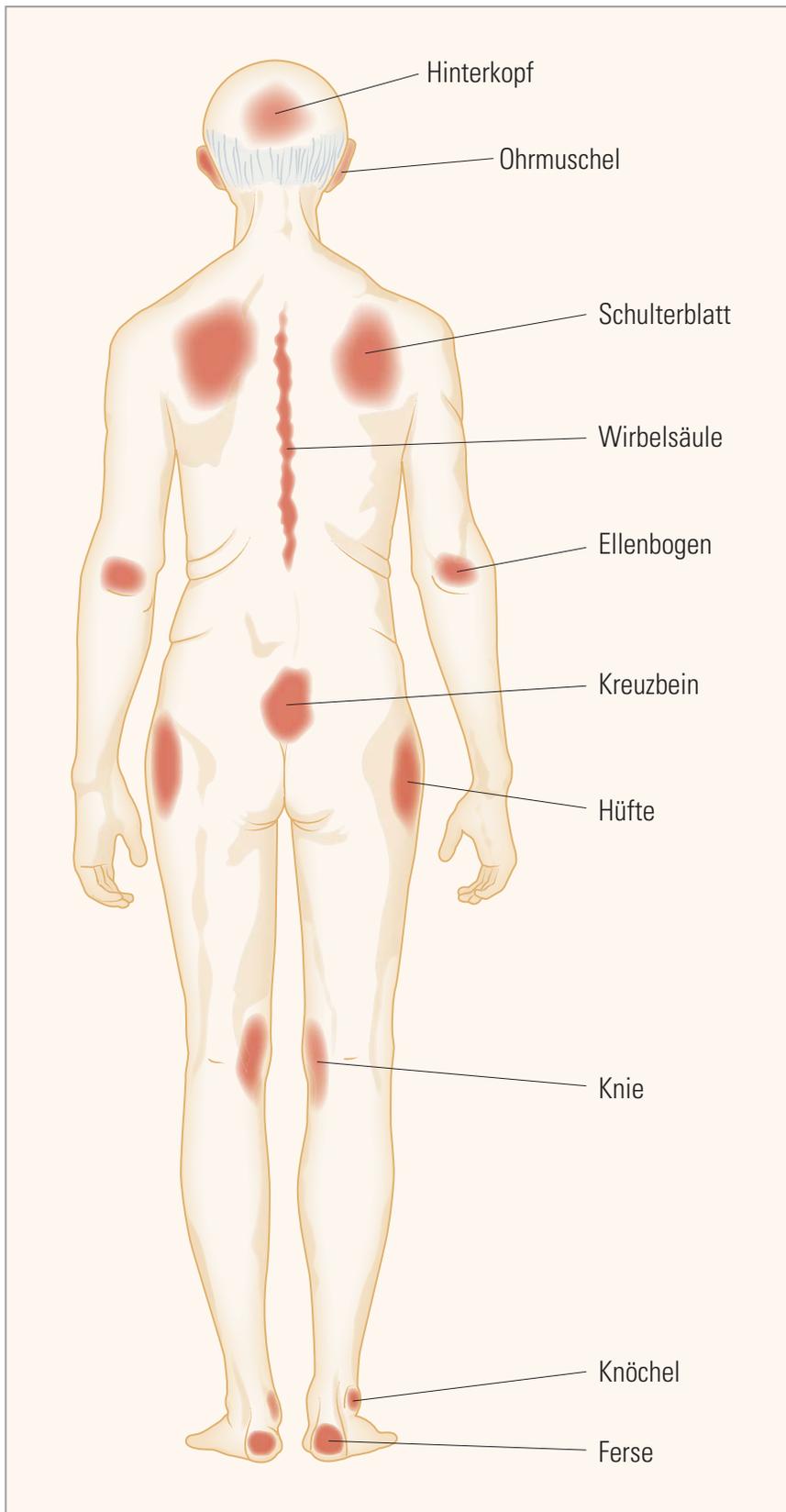


Abb. 8.2: Dekubitusgefährdete Hautregionen