

Pflegestandard Dekubitusprophylaxe

Definition Dekubitus: Entzündung oder Geschwür auf der Haut, meist über einem vorstehenden Knochen. Ursache ist eine ischämische Hypoxie des Gewebes, die durch einen längere Zeit auf diesen Punkt wirkenden Druck entstanden ist.

Übergreifendes Problem	Übergreifendes Ziel	Übergreifende Maßnahme
Potentielle Dekubitusgefährdung	Erkennung der bestehenden Risiken und Verhinderung von Hautschäden. Betroffene kennen Risiken und Verhaltensmaßnahmen , um ihre Situation zu beherrschen	Informationen über Gefahren einen Dekubitus zu erleiden und Möglichkeiten diese zu vermeiden. Einschätzung der Dekubitusgefährdung des Patienten im Rahmen der Pflegeanamnese. Dokumentation im Stammbblatt: Gefährdung JA oder NEIN. Die Erhebung der Anamnese erfolgt innerhalb der ersten 24 Stunden. Bei Gefährdung erfolgt die Einschätzung nach der Braden Skala. Durch die Pflegekraft wird der nächste Einschätzungstermin individuell für den Patienten festgelegt. Er liegt innerhalb der nächsten 2 bis 5 Tage. Entsprechend abgeleitete Maßnahmen müssen im Dokumentationsbogen nachgewiesen werden. Bei Übernahme der Pflege holt sich die Pflegekraft die entsprechenden Informationen über den Patienten durch die Übergabe oder die Pflegedokumentation.
Mögliche Ursachen/begünstigende Faktoren:	Ziele	Maßnahmen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verminderter Bewusstseinszustand ▪ ▪ Lähmungen / eingeschränkte Bewegungsfähigkeit ▪ ▪ Missempfindungen / Schmerzen 	<p>Steigerung der sensorischen Sensibilität</p> <p>Verminderung von Schmerzen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aktivierende Körperpflege • Belebende Waschung ▪ Die spezielle Beobachtung der Wahrnehmungsfähigkeit ▪ Die speziellen Anteile des Bobath Konzeptes zur Förderung der Sensibilität für Apoplex Betroffene (Lagerung, Waschung etc.) ▪ Die Förderung der aktiven und passiven Beweglichkeit Hier gilt: <i>Je größer die Passivität, desto größer die Notwendigkeit der Übung und Lagerun</i>

Feuchtes Hautmilieu	<ul style="list-style-type: none"> • Reizlose Haut 	<p>Analyse warum Feuchtigkeit besteht und Abhängig davon, Auswahl geeigneter Maßnahmen, wie:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Körperpflege ▪ Regelmäßiger Kleidungs- und Wäschewechsel ▪ Hautpflege (siehe Standard) ▪ Toilettentraining ▪ Regelmäßiger Wechsel der Inkontinenzhilfen
Eingeschränkte Mobilität	<ul style="list-style-type: none"> • Erhaltung / Wiederherstellung der Mobilität ▪ Verhinderung von Hautschäden 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Regelmäßiger Lagerungswechsel nach individueller Planung für den Patienten ▪ Mobilisation (stufenweise) ▪ Ermöglichung der Eigenaktivität ⇒ Benutzung von möglichst wenigen Lagerungshilfsmitteln ▪ Kontrolle der Effektivität der Maßnahmen ▪
<p>III Aktivität</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ (künstlich) eingeschränkte Beweglichkeit der Gelenke 	<ul style="list-style-type: none"> • Steigerung der Aktivität 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Motivation / Beratung ▪ Schmerzreduktion ▪ Gymnastik ▪ Mobilisation
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unzureichender Ernährungszustand ▪ Eiweißmangel ▪ Kachexie ▪ Adipositas 	<p>Ausreichender Ernährungszustand Portionen werden aufgegessen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auf ausgewogene Ernährung bei der Auswahl der Nahrungsmittel achten ▪ Ab Dekubitus Grad 2 in Abstimmung mit dem Arzt Diätberatung zur Zusammenstellung Eiweißreicher Kost ▪ Ggf. Hochkalorische Eiweißdrinks (Kontraindikation beachten) ▪ Auf ausreichende Trinkmenge achten
<p>VI Reibung / Scherkräfte</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Herunterrutschen im Bett/Stuhl 	<p>Stabile Lagerungen Verhinderungen von Herrunterrutschen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lagerung in Bett und Stuhl, die rutschen verhindern ▪ Blockierung der Sitzbeinhöcker ▪ Wenn Patienten ins Bett gebracht werden hoch genug Richtung Kopfteil sitzen lassen, so dass ein hochrutschen im Bett vermieden wird. ▪ Berücksichtigung kinästhetischer Gesichtspunkte bei der Bewegung im Bett ▪ Patienten im Bett eher tragen als ziehen