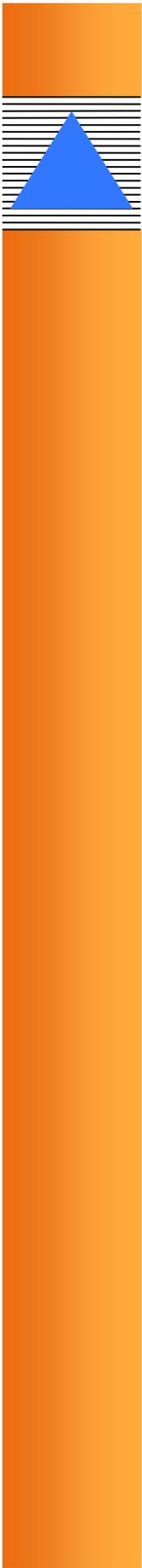


ZIVILSCHUTZ



BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ

Verfügbarkeit

Digitale Medien

Internet

- Download frei

<http://www.bevoelkerungsschutz.ch/>

Anzahl Exemplare

Datenträger

CD-Rom (Basisversion)

- Für den Zivilschutz zuständiges kantonales Amt 1

Print-Medien

Verwaltungsexemplare

- Für den Zivilschutz zuständiges kantonales Amt 1
- EAZS Schwarzenburg 200

Informationsexemplare

- Schweizerisches Bundesarchiv 1
- Schweizerischer Zivilschutzverband 1
- Geschäftsstelle Koordinierter Sanitätsdienst 1
- Schweizerischer Samariterbund 1

Persönliche Exemplare

- Hauptamtliches Lehrpersonal des BABS (nach Bedarf)



Vorwort

In besonderen und ausserordentlichen Lagen, d.h. bei Grossereignissen und Katastrophen sowie in Notlagen, kann das öffentliche Gesundheitswesen durch die Vielzahl der erforderlichen Pflegemassnahmen während kürzerer oder längerer Zeit überfordert sein und der Unterstützung durch entsprechend vorbereitete Laienhelfer bedürfen.

Lässt die Lageentwicklung vermuten, dass ein bewaffneter Konflikt entstehen könnte, soll im Rahmen des Aufwuchses auch für die Krankenpflege zusätzliches Personal aus den Reihen des Zivilschutzes bereitgestellt werden.

Diese Publikation kann als Begleit-Unterlage im Modul "Pflege" innerhalb der allgemeinen Grundausbildung der Betreuer sowie als Unterlage zur individuellen Vorbereitung auf einen kurzfristig angesetzten Einsatz dienen.

Bern, April 2005

BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ



Inhaltsverzeichnis

Seite

Kapitel

1	Einführung	9
2	Für Sicherheit sorgen	11
2.1	Sichere Pflege	11
2.2	Rechte des Pflegeempfängers	11
2.3	Pflegedokumentation.....	12
2.4	Hygiene in der Krankenpflege	12
2.5	Rückenschonendes Arbeiten am Pflegebett	14
3	Kommunizieren	17
3.1	Bedeutung des Kommunizierens in der Krankenpflege.....	17
3.2	Merkmale zur Kommunikation mit Pflegeempfängern	17
3.3	Unterstützung des Pflegeempfängers bei der Kommunikation.....	18
4	Ruhen und schlafen	21
4.1	Bedeutung des Ruhens und Schlafens	21
4.2	Das Pflegebett.....	21
4.3	Unterstützung des Pflegeempfängers im Pflegebett	22
5	Sich bewegen	29
5.1	Bedeutung des Sich-Bewegens	29
5.2	Bedeutung der Krankenlagerungen und der Ruhigstellung.....	29
5.3	Gefahren einer längeren Bettlägerigkeit.....	30
5.4	Merkmale zur Mobilisation des Pflegeempfängers	32
5.5	Unterstützung des Pflegeempfängers bei der Lagerung und der Mobilisation	33
6	Sich sauber halten und sich kleiden	39
6.1	Bedeutung des Sich-sauber-Haltens und des Sich-Kleidens	39
6.2	Merkmale zur Körperpflege des Pflegeempfängers	40
6.3	Unterstützung des Pflegeempfängers bei der Ganzwäsche im Pflegebett.....	41
6.4	Unterstützung des Pflegeempfängers im Umgang mit Zahnprothesen	42
6.5	Unterstützung des Pflegeempfängers beim An- und Entkleiden	43



7	Essen und trinken	45
7.1	Bedeutung von Essen und Trinken	45
7.2	Merkmale zur Nahrungsaufnahme und zur Medikamenteneinnahme	46
7.3	Unterstützung des Pflegeempfängers beim Essen und bei der Medikamenteneinnahme	46
8	Ausscheiden	49
8.1	Bedeutung des Ausscheidens	49
8.2	Beurteilen von Ausscheidungen im Rahmen der Krankenbeobachtung	50
8.3	Merkmale zur Unterstützung des Pflegeempfängers bei der Ausscheidung	51
8.4	Unterstützung des Pflegeempfängers beim Ausscheiden im Pflegebett	52
9	Körpertemperatur regulieren	55
9.1	Bedeutung der Körpertemperaturregulierung	55
9.2	Messtechniken zum Ermitteln der Körpertemperatur	55
9.3	Unterstützung des Pflegeempfängers bei Fieber	56
10	Vitalfunktionen aufrechterhalten	61
10.1	Bedeutung der Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen	61
10.2	Beobachtungspunkte und Normwerte für wichtige Vitalfunktionen	62
10.3	Ermitteln der Werte für Atmung, Puls und Blutdruck	62
10.4	Unterstützung des Pflegeempfängers bei Störungen des Atmungs- und des Herz- Kreislaufsystems	64
11	Sinn finden, sterben	69
11.1	Bedeutung der Sinnfindung, Prozess des Sterbens	69
11.2	Merkmale zur Pflege von sterbenden Pflegeempfängern	70
11.3	Unterstützung des sterbenden Pflegeempfängers	70
11.4	Unterstützung nach Eintritt des Todes	71
	Anhänge	73
1.	Begriffe aus dem Bereich der Hygiene	73
2.	ABCD-Schema für Ersthelfer	75
	Sachregister	77

1 Einführung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit als „Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ eines Menschen. Krank wäre demnach, wer nicht in allen Belangen dieser Definition entspräche. In der Pflegepraxis begreift man allerdings - auch angesichts des Phänomens Alter - Gesundheit und Krankheit als zwei Pole einer Achse, auf der sich der Mensch ständig hin und her bewegt.

Sowohl die professionelle wie auch die Laien-Krankenpflege ist eine komplexe Interaktion zwischen Pflegeempfänger bzw. Pflegeempfängerin und Pflegendem bzw. Pflegenden¹.

Ein modernes Menschenbild in der Krankenpflege sieht den Pflegeempfänger in seiner körperlichen, psychisch-geistigen und sozialen Ganzheit und Einzigartigkeit und gesteht ihm vergleichbare Grundbedürfnisse wie dem sich gesund fühlenden Menschen zu.

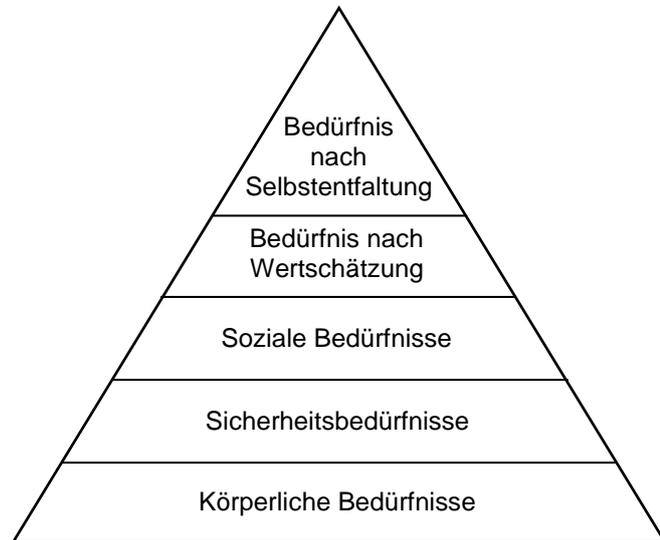
Ein entsprechendes Pflegeverständnis berücksichtigt demzufolge neben den körperlichen und den Sicherheitsbedürfnissen auch

- soziale Bedürfnisse,
- das Bedürfnis nach Wertschätzung
- und das Bedürfnis nach Selbstentfaltung.

Die Befriedigung seiner Grundbedürfnisse erfordert insbesondere vom erwachsenen und sich gesund fühlenden Menschen Aktivitäten, die in modernen Pflegemodellen als Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) umschrieben werden:

- Für Sicherheit sorgen
 - Kommunizieren
 - Ruhen und schlafen
 - Sich bewegen
 - Sich sauber halten und kleiden
 - Essen und trinken
 - Ausscheiden
 - Körpertemperatur regulieren
 - Vitalfunktionen aufrechterhalten
- usw.

Die Aktivitäten des täglichen Lebens stehen in unmittelbarer Beziehung zueinander. In der Pflegepraxis dienen sie als Bemessungsgrundlage bei der Einschätzung der Pflegebedürftigkeit. Kaum ein Pflegeempfänger ist bei allen Aktivitäten des täglichen Lebens auf umfassende Hilfe angewiesen. Moderne Pflege bezieht deshalb bewusst die Ressourcen (Selbsthilfemöglichkeiten) des Pflegeempfängers ein.



Pyramide der Grundbedürfnisse

¹ Nachfolgend wird der Einfachheit halber nur noch die männliche Form verwendet.



Der Krankenpflegeprozess strukturiert und ordnet die einzelnen Pflegemassnahmen. Er besteht in der Regel aus folgenden Schritten:

- Sammeln von Informationen (Pflegeanamnese)
- Erkennen der Pflegebedürftigkeit und der Ressourcen
- Festlegen der Pflegeziele
- Planen der einzelnen Pflegemassnahmen
- Durchführen der geplanten Pflegemassnahmen
- Beurteilen der Pflegewirkung anhand grundsätzlicher Kriterien und bestimmter Pflegestandards zur Erstellung eines Pflegeberichtes

Grundsätzliche Kriterien zur Beurteilung der Pflegewirkung können sein:

- Wohlbefinden des Pflegeempfängers
- Sicherheit (Hygiene in der Krankenpflege, Sicherheit beim Lagern und Mobilisieren des Pflegeempfängers)
- Wirksamkeit (Erhaltung einer grösstmöglichen Selbständigkeit des Pflegeempfängers)
- Wirtschaftlichkeit

Die Art des praktizierten Pflegesystems bestimmt die Kompetenzen und Verantwortlichkeiten. Im Gruppenpflegesystem wird eine bestimmte Anzahl von Pflegeempfängern von einer Pflegegruppe gepflegt, die sich aus verschiedenen qualifizierten Pflegenden zusammensetzt.

Im Gruppenpflegesystem kann der Laienhelfer bei der Pflege von kranken, behinderten oder betagten Menschen sowie beim Unterhalt des Pflegematerials an der Seite des beruflichen Pflegepersonals mit grossem Nutzen mithelfen. Sobald mehr als ein Pflegend mit einem Pflegeempfänger beschäftigt ist, werden Pflegerapporte unverzichtbar.

Krankenpflege bedeutet, dass auch nachts gearbeitet wird, sei es als Nachtdienst oder als Bereitschaftsdienst, in welchem man zwar schlafen, aber bei Bedarf gerufen werden kann. Das Umstellen des Körpers auf den nächtlichen Rhythmus braucht Zeit und erfordert zusätzliche Kraft.

Besonders unter Zeitdruck können in der Pflegegruppe Spannungen und Konflikte auftreten. Damit nicht schwer erträgliche Zusatzbelastungen entstehen, müssen diese möglichst umgehend bereinigt werden. Hierfür tragen alle Gruppenmitglieder Verantwortung.

2 Für Sicherheit sorgen

2.1 Sichere Pflege

Kranke, behinderte oder betagte Menschen sind oftmals nicht in der Lage, für ihre persönliche Integrität und ihre Sicherheit zu sorgen.

Sichere Pflege bedeutet u.a.:

- die Rechte des Pflegeempfängers zu respektieren
- den Krankenpflegeprozess gewissenhaft zu dokumentieren
- die allgemeinen Unfallverhütungsvorschriften einzuhalten, Selbstgefährdungen auszuschliessen
- die Notfallorganisation der jeweiligen Pflegeinstitution zu kennen (Telefonnummern, Dienstarzt, Notfallkoffer, Feuerlöscher, Notausgänge usw.)
- die Hygiene-Regelungen der jeweiligen Pflegeinstitution einzuhalten
- den Pflegeempfänger sicher zu heben und zu stützen

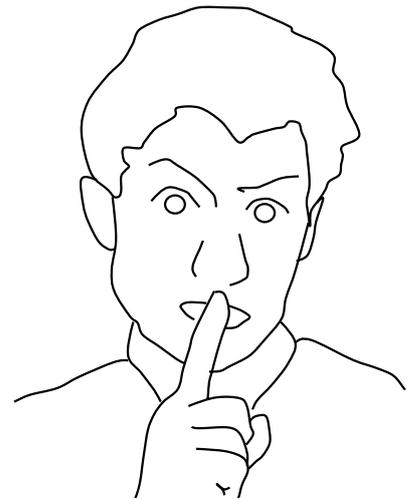
Viele Massnahmen für eine sichere Pflege schützen auch den Pflegenden selber.

2.2 Rechte des Pflegeempfängers

Der Pflegeempfänger hat u.a. Recht auf:

- Selbstbestimmung
- Information und Aufklärung
- Behandlung und Pflege
- Beratung und soziale Hilfe
- psychische und religiöse Betreuung
- Empfang von Besuch

Ein zentrales Recht ist dasjenige auf Verschwiegenheit. Dies bedingt, dass die Ergebnisse der Krankenbeobachtung und auch Kenntnisse über persönliche Besonderheiten und Verhältnisse des Pflegeempfängers vom Pflegenden nicht Unbefugten mitgeteilt werden dürfen. Informationen an Angehörige bedürfen der Zustimmung des Pflegeempfängers.



Schweigepflicht

In Räumlichkeiten, in denen auch nicht pflegende Personen anwesend sind, soll nicht über Pflegeempfänger gesprochen werden. Am Telefon dürfen keine Auskünfte gegeben werden, die unter die Verpflichtung zur Verschwiegenheit fallen. Wird dem Pflegenden etwas anvertraut, was ihn schwer belastet, wendet er sich an die vorgesetzte Stelle. Auch nach Beendigung des Pflegeverhältnisses bleibt die Schweigepflicht bestehen.

Andererseits wird vom Pflegeempfänger Rücksicht auf andere Pflegeempfänger und auf Pflegende erwartet. Um dem Pflegeempfänger möglichst ohne Vorbehalte begegnen zu können, sollte sich der Pflegende enthalten, das Verhalten des Pflegeempfängers zu bewerten. Sein vielleicht als schwierig und ichbezogen empfundenes Benehmen ist das Ergebnis seiner bisherigen Lebensgeschichte und der jetzigen Situation, die ein tiefer Einschnitt in seinem Leben bedeuten kann.



2.3 Pflegedokumentation

Die Pflegedokumentation ist Teil der Krankenakte. Sie setzt sich in der Regel aus folgenden Elementen zusammen:

- Informationssammlung (Pflegeanamnese)
- Pflegeziele / Pflegeplan
- Berichterstattung / Pflegebericht
- Ärztliche Anordnungen

Pflegeziele bezeichnen den Gesundheitszustand, den der Pflegeempfänger nach einer festgelegten Pflegephase erreicht haben soll. Der Pflegeplan stellt eine verbindliche Arbeitsanleitung dar.

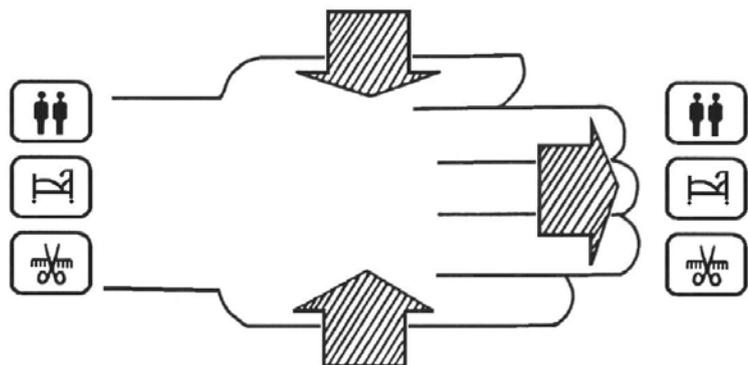
Damit Pflegebedürftigkeit und Ressourcen des Pflegeempfängers möglichst objektiv eingeschätzt werden können, ist eine kontinuierliche, systematische Krankenbeobachtung unerlässlich. Hierbei genügen hinsichtlich der allgemeinen Beobachtungspunkte die Sinnesorgane des Pflegenden. Für die Beobachtung gewisser Vitalfunktionen sind Messgeräte erforderlich (Körpertemperatur, Blutdruck).

Die Pflegedokumentation ermöglicht eine genaue und jederzeit verfügbare Beschreibung der Situation jedes Pflegeempfängers und erlaubt eine optimale zeitliche Planung aller Pflegeabläufe. Sie dient der quantitativen Erfassung der für jeden Pflegeempfänger geleisteten Pflegearbeit. Hierzu soll sie möglichst zeitnah, d.h. unmittelbar nach der jeweiligen Beobachtung bzw. Pflegemaßnahme, geführt werden. Eintragungen sollten dokumentenecht (nicht mit Bleistift) vorgenommen werden.

2.4 Hygiene in der Krankenpflege

Unter Hygiene wird in der Krankenpflege das Einhalten von Reinigungs-, Desinfektions- und Sterilisationsmaßnahmen verstanden, welche die Vermehrung und Verbreitung von mikroskopisch kleinen Keimen (z.B. Bakterien, Viren) einschränken (siehe Anhang 1).

Keime vermehren sich besonders gut in einem feucht-warmen Umfeld. Sie gelangen direkt oder über Zwischenträger (Hände, Ausscheidungen, Staub, Bettwäsche, Hilfsgeräte usw.) durch natürliche Körperöffnungen oder auch über Wunden in den Körper, wo einige Keimarten eine Infektion bewirken können. Besonders infektionsgefährdet sind Pflegeempfänger, die einen schlechten Allgemeinzustand haben oder aggressiven Therapiemaßnahmen ausgesetzt werden müssen. Die Keimverbreitung über die Hände stellt hierbei eine der größten Gefahren dar.



Keimverbreitung über die Hände

Während Feindesinfektionsmittel der Haut- und Schleimhautdesinfektion dienen, werden Grobdesinfektionsmittel für Flächen und Gegenstände verwendet, indem diese feucht abgewischt, abgesprüht bzw. eingelegt werden. Einige Keime haben die Fähigkeit, widerstandsfähig (resistent) gegenüber Desinfektionsmitteln zu werden, insbesondere dann,

wenn diese nicht vorschriftgemäss verwendet werden (Konzentration, Einwirkzeit). Jede Pflegeinstitution verfügt über auf die jeweilige Situation angepasste Hygiene- und Desinfektionspläne.

Merkmale zur persönlichen und zur Händehygiene in der Krankenpflege

- *Nach Möglichkeit nur Schuhe mit glattem Oberleder sowie kochbare äussere Bekleidungsstücke tragen (keine Pullover)*
- *Auf geschnittene, saubere Fingernägel achten*
- *Vor Beginn des Arbeitseinsatzes lange Haare zusammenbinden, Uhren und Schmuck (ausgenommen flache Eheringe) ablegen, Unterarme freimachen und saubere Arbeitskleider (Kittel, Schürze) anziehen*
- *Arbeitskleider nur innerhalb des Arbeitsbereichs tragen, Rauch- und Alkoholverbote beachten, während des Arbeitseinsatzes nicht essen*
- *Eigene Erkrankungen der vorgesetzten Stelle sofort melden*
- *Bei Pflegemassnahmen, bei denen mit einer Verschmutzung zu rechnen ist, Einweghandschuhe tragen, beim Ausziehen darauf achten, dass deren Innenseiten nach aussen gedreht werden*
- *Saubere und verschmutzte Flächen und Gegenstände konsequent trennen*
- *Abfälle direkt entsorgen, gebrauchte Wäsche direkt in den Abwurfwagen versorgen*
- *Verschütten von Ausscheidungen unbedingt vermeiden, Staubentwicklung auf ein Minimum beschränken*

Händewaschen

Die Hände sind bei Beginn des Arbeitseinsatzes, vor jeder eigenen Mahlzeit, vor jeder Pflegemassnahme mit besonderen Hygieneanforderungen (z.B. Einträufeln von Augentropfen) sowie nach der eigenen Benützung der Toilette und nach jeder schmutzigen Arbeit zu waschen. Bei direkter Verschmutzung müssen die Hände vor dem Waschen desinfiziert werden.

- Unterarme und Hände (inkl. Fingerzwischenräume) während mindestens 15 Sekunden mit Seife einschäumen
- Unterarme und Hände gut abspülen und mit einem Einweghandtuch schonend trocknen
- Wasserhahn mit dem Einweghandtuch zudrehen
- Zur Vermeidung von Hautschäden Hände evtl. eincremen

Händedesinfektion

Die Hände sind bei Beginn und bei Ende des Arbeitseinsatzes sowie beim Wechsel von einem Pflegeempfänger zum nächsten zu desinfizieren.

- Spenderhebel des Desinfektionsbehälters mit dem Unterarm bedienen, ca. 3-5 ml Desinfektionsmittel in die Hohlhand geben
- Handinnen- und -ausenflächen (inkl. Fingerzwischenräume) vollständig während 30 Sekunden einreiben
- Desinfektionsmittel eintrocknen lassen

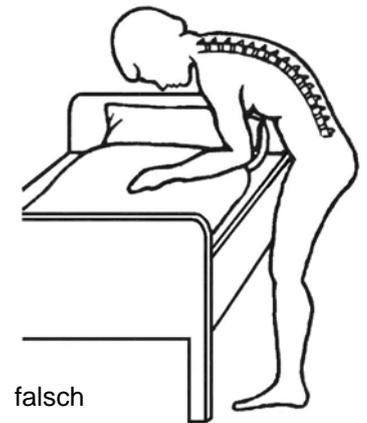


2.5 Rückenschonendes Arbeiten am Pflegebett

In der Krankenpflege ist auf eine rückschonende Körperhaltung zu achten. Falsche Hebe- und Tragetechniken führen zu einer Fehlbelastung der Wirbelsäule, die im Lauf der Zeit Rückenschmerzen verursachen kann. Anzustreben sind ein natürliches, aufrechtes Stehen und Sitzen sowie entspannte Schulter- und Rückenmuskeln.

Merkmale zum rückschonenden Arbeiten am Pflegebett

- *Die Bewegungsfreiheit nicht einschränkende Kleider sowie bequeme, geschlossene Schuhe mit rutschsicherer Sohle und flachen Absätzen tragen*
- *Pflegebett auf eine für die jeweilige Pflegemassnahme optimale Höhe (ca. 65 cm) stellen (danach wieder absenken)*
- *Gerade vor dem Pflegebett stehen, Standfläche durch hüftbreite Grätschstellung oder leichte Schrittstellung vergrössern, Knie nicht fest durchdrücken*
- *Grössere Lasten nie allein heben und tragen (Kommandogebung)*
- *Zum Heben und Tragen auch kleinerer Lasten Hilfsmittel einsetzen*
- *Ressourcen des Pflegeempfängers einbeziehen, dabei Bewegungen aufeinander abstimmen (Informieren des Pflegeempfängers)*
- *Rücken gerade halten, beim Vorbeugen Hüftgelenke an Stelle des Rückens beugen, beim Bücken in die Hocke gehen*
- *Ruckartige Bewegungen vermeiden, keine Drehbewegungen des Rumpfes während des Hebens ausführen (bei Richtungswechsel ganzen Körper drehen)*
- *Lasten körpernah heben und tragen, gleichmässig auf beide Arme verteilen*
- *Regelmässige Entlastung und Entspannung bewusst anstreben, Rückenmuskeln trainieren*



rückschonende Körperhaltung

Persönliche Notizen zur ATL "Für Sicherheit sorgen"



3 Kommunizieren

3.1 Bedeutung des Kommunizierens in der Krankenpflege

Kommunikation, das „In-Beziehung-Treten“, ist die Voraussetzung für jedes soziale Zusammenleben. Die Art, wie die Menschen Informationen geben und aufnehmen sowie Gefühle ausdrücken und miterleben, wirkt sich positiv oder negativ auf ihre jeweiligen Beziehungen aus. Ohne erfüllte Beziehungen kann der Mensch krank und einsam werden.

Unterschieden wird die verbale (mit Worten) und die nonverbale Kommunikation. Die nonverbale Kommunikation (Körpersprache) ist oftmals deutlicher als Worte und kann bewusst oder unbewusst erfolgen. Informationen werden meist über das gesprochene Wort, Beziehungsaspekte über die Körpersprache (Haltung, Mimik, Gestik) vermittelt. Neben den Beziehungen zu Mitmenschen können auch Beziehungen zu Tieren, Pflanzen, Gegenständen und Beschäftigungen wichtig sein.

In der Krankenpflege ist Kommunikation zwischen dem Pflegeempfänger und dem Pflegenden von zentraler Bedeutung. Pflegeempfänger mit Sprachbehinderungen sind besonders darauf angewiesen, dass der Pflegend die Initiative zur Kommunikation ergreift.

Bei älteren Menschen kann die Kommunikation durch vermehrt auftretende Hör- und Sehbehinderungen oder infolge des Kampfes gegen chronische Schmerzen besonders erschwert sein. Typisch ist bei altersbedingter Hörbehinderung, dass der betroffene Pflegeempfänger die Beeinträchtigung zu kaschieren versucht. Manche älteren Menschen leiden unter einem nachlassenden Gedächtnis. Sie sind oft stärker darauf angewiesen, sich rasch bemerkbar machen zu können (Glocke). Ältere Pflegeempfänger mit einem klein gewordenen sozialen Umfeld können dazu neigen, den Pflegenden übermässig zu beanspruchen oder sich ganz zurückzuziehen.

3.2 Merkmale zur Kommunikation mit Pflegeempfängern

- *Falls in der Pflegeinstitution üblich, Schildchen mit Namen und Funktion gut sichtbar an den Arbeitskleidern tragen*
- *Beim Eintreten ins Pflegezimmer an der Türe kurz anklopfen und grüssen*
- *Nur Kinder duzen, von erwachsenen Pflegeempfängern auch ausserhalb des Pflegezimmers mit dem Zusatz „Herr“ bzw. „Frau“ sprechen*
- *Auch Bewusstlose stets mit dem Namen ansprechen*
- *Pflegeempfänger nach seinen Anliegen fragen; ihn über alle an ihm oder in seinem Umfeld vorzunehmenden Massnahmen vorgängig informieren*
- *Dem Pflegeempfänger zuhören, ohne ihn willkürlich zu unterbrechen, seine Gefühle wahrnehmen*
- *Zeitpunkt und Art von Pflegemassnahmen nicht ohne sachliche Begründung ändern; gemachte Zusagen tatsächlich einhalten (evtl. Notizzettel auf sich tragen)*
- *Von sich selber in der Ich-Form sprechen (nicht in der Man- oder Wir-Form); zu den eigenen Gefühlen stehen und sie ausdrücken*
- *Pflegeempfänger nicht mit den eigenen Schwierigkeiten und Problemen belasten*



- Sich bezüglich Umgang mit dementen oder depressiven Pflegeempfängern durch berufliches Pflegepersonal unterrichten lassen

3.3 Unterstützung des Pflegeempfängers bei der Kommunikation

Unterstützung von Pflegeempfängern mit Sprachbehinderung

- Umgebungsgeräusche einschränken (z.B. Radio, Gespräche aus einem Nebenraum)
- Sich vergewissern, dass die Mundschleimhaut nicht ausgetrocknet ist und dass allfällige Zahnprothesen eingesetzt sind
- Dem Pflegeempfänger bewusst zeigen, dass man ihm zuhört
- Dem Pflegeempfänger bewusst genügend Zeit zum Sprechen lassen, ihm gegebenenfalls bei der Wortfindung helfen
- Zum Pflegeempfänger mit normaler Sprache und Tonlage und in einfachen Sätzen sprechen (keine Fremdwörter)
- Dem Pflegeempfänger Fragen stellen, die er mit Ja oder Nein beantworten kann
- Aussagen des Pflegeempfängers wiederholen bzw. eigene Aussagen wiederholen lassen, um zu überprüfen, ob sie richtig verstanden worden sind; keine Aussagen bestätigen, die man nicht verstanden hat
- Vereinbarte Gesten wie Handzeichen, Augenzwinkern, Kopfnicken usw. verwenden
- Hilfsmittel wie Schreibblock und Schreibzeug, Sprechtafeln, Bildsymbole usw. verwenden
- Bei fremdsprachigen Pflegeempfängern nonverbale Kommunikation (Mimik, Gestik) oder ein Wörterbuch bzw. einen Dolmetscher einsetzen

Unterstützung von Pflegeempfängern mit Hörbehinderung

- Umgebungsgeräusche einschränken (z.B. Radio, Gespräche aus einem Nebenraum)
- Pflegeempfänger erst dann ansprechen oder berühren, wenn dieser den Pflegenden bemerkt hat (evtl. Zeichen vereinbaren, z.B. Betätigen des Lichtschalters)
- Pflegeempfänger beim Sprechen ansehen
- Mit deutlichen, vom Pflegeempfänger ablesbaren Mundbewegungen sprechen (evtl. lauter und/oder näher am Ohr des Pflegeempfängers sowie in hochdeutscher Sprache)
- Überprüfen, ob der Pflegeempfänger alles verstanden hat; nicht Verstandenes mit anderen Worten erklären oder schriftlich mitteilen
- Hilfsmittel wie Hörgerät oder Telefonapparat mit Verstärker vorschriftsgemäss verwenden
- Hörgeräte als Wertgegenstand betrachten (nicht fallen oder nass werden lassen, zur Wartung Gebrauchsanleitung lesen)



Hörgerät (Hinterohrgerät bzw. in Brille integriert)

Unterstützung von Pflegeempfängern mit Sehbehinderung

- Gute Lichtverhältnisse und Kontraste schaffen
- Sich beim Pflegeempfänger bei jedem Kontakt mit Namen vorstellen
- Dem Pflegeempfänger Informationen, Briefe usw. auf Wunsch vorlesen
- Dem Pflegeempfänger beim Essen die Anordnung der Speisen auf dem Teller beschreiben
- Räumlichkeiten ausführlich vorstellen (gemeinsam abgehen, ertasten lassen)
- Umgebung des Pflegeempfängers möglichst nicht verändern; diesen über notwendige Veränderungen informieren
- Gefahrenquellen in der Umgebung ausschalten (offene Schranktüren und Schubladen, nasse Böden, Kabel usw.)
- Dem Pflegeempfänger beim Gehen oder Führen Hindernisse ankündigen (Treppen, Randsteine, Hindernisse auf Kopfhöhe usw.)
- Hilfsmittel wie Brille, Kontaktlinsen, Lupe, Bücher mit Grossdruck verwenden
- Brille als Wertgegenstand betrachten (bei Bedarf zweckmässig reinigen, nicht auf die Gläser legen)



Persönliche Notizen zur ATL "Kommunizieren"

4 Ruhen und schlafen

4.1 Bedeutung des Ruhens und Schlafens

Ruhen und Schlafen sind Grundbedürfnisse des Menschen. Sie dienen der körperlichen und psychisch-geistigen Erholung und sind zur Erhaltung der Gesundheit, der Leistungsfähigkeit und der Lebensfreude notwendig. Ruhen ist eine Zeit der Alternativ- oder Untätigkeit nach den Anstrengungen des Alltags. Oftmals ist zur Heilung körperlicher Erkrankungen Ruhe notwendig.

Im Schlaf ist das Bewusstsein zurückgenommen. Schwächere Sinnesreize werden nicht bewusst wahrgenommen und verarbeitet. Herzschlag, Blutdruck, Atmung, Stoffwechselfvorgänge und Muskelspannung sind vermindert.

Der Schlafbedarf und das Schlafmuster, d.h. die Abfolge der verschiedenen Schlafphasen mit unterschiedlichen Schlaftiefen, sind vom Lebensalter und den individuellen Bedürfnissen des einzelnen Menschen abhängig. Jeder Mensch hat zudem seine Einschlafgewohnheiten sowie in der Regel auch eine bevorzugte Stellung beim Einschlafen. Schlafstörungen können sich unterschiedlich zeigen (Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, frühes Erwachen).

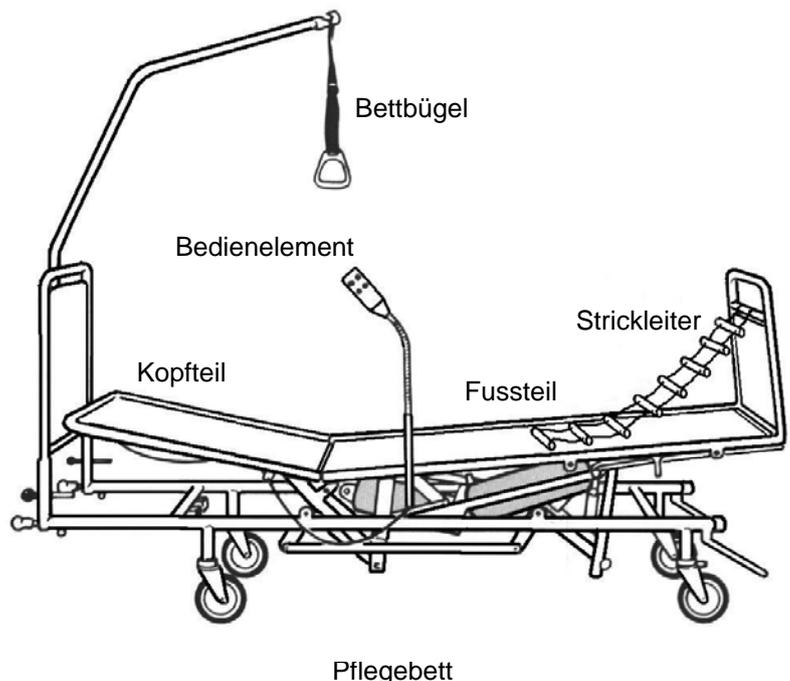
In der Krankenpflege können beim bettlägerigen Pflegeempfänger Schlafbedarf und Schlafmuster verändert sein. Nicht alle den Schlaf störenden Einflüsse sind mit Pflegemaßnahmen zu beeinflussen (z.B. ungewohnte Umgebung). Zur Verhütung von Schäden infolge längerer Bettlägerigkeit oder zur Unterstützung der Heilung können eine bestimmte Krankenlagerung oder regelmässige Lagerungsänderungen erforderlich sein.

Bei älteren Menschen nehmen in der Regel die Ruhepausen während des Tages zu und der Schlafbedarf während der Nacht ab. Auf Schlaf- und Beruhigungsmittel reagieren sie evtl. paradox, d.h. sie werden unruhig und verwirrt.

4.2 Das Pflegebett

Die wichtigste äussere Voraussetzung für Ruhe und gesunden Schlaf ist ein gutes Bett. Das Pflegebett muss dem Pflegeempfänger bestmöglichen Komfort bieten und auf seine Bedürfnisse abgestimmt sein. Wenn nicht wichtige Gründe dagegen sprechen (Geborgenheit, Platzmangel), wird das Pflegebett so gestellt, dass es von beiden Seiten zugänglich ist.

Das Pflegebett ist in der Regel ein fahrbares, elektrisch steuerbares Niveaubett, dessen Kopf- und Fussteil verstellbar sind und



bei dem die Räder während der Pflegemassnahmen blockiert werden können. Es wird je nach Bedarf ausgerüstet (spezielle Matratze, Bettbügel, Strickleiter, Seitengitter, Bettbögen usw.).

Oft wird ein wasserundurchlässiger Schutzbezug über die Matratze gelegt. Das Unterleintuch ist in der Regel ein Fixleintuch, d.h. an beiden Enden passgenau abgenäht. Nicht abgenähte Unterleintücher müssen am Kopfteil mehr als am Fussteil unter die Matratze eingeschlagen werden, weil der Pflegeempfänger erfahrungsgemäss nach unten rutscht und dabei das Unterleintuch mitziehen kann.

Auf das Unterleintuch wird wenn nötig im Gesässbereich eine flüssigkeitsabweisende, hautfreundliche Stoffeinlage gelegt. Als Behelfslösung kann eine Gummi- oder Plastikeinlage und darüber eine textile Betteinlage eingebracht und seitlich unter die Matratze gesteckt werden.

Zur normalen Bettausstattung gehören in der Regel ein Kissen und eine der Jahreszeit bzw. dem Wärmebedürfnis des Pflegeempfängers entsprechende Bettdecke (je nach Pflegeinstitution und Wunsch des Pflegeempfängers Federbett, Nordischdecke oder Woldecke mit Oberleintuch).

Die Bettwäsche wird regelmässig, bei Verschmutzung oder Einnässung jedoch sofort gewechselt. Die zu waschende Bettwäsche ist in die dafür vorgesehenen Säcke des Abwurfwagens zu versorgen (nach Regelungen der Pflegeinstitution, z.B. getrennt nach wenig bzw. stark verschmutzter Wäsche oder Waschtemperatur). In speziellen Situationen kann Einwegwäsche eingesetzt und nach Gebrauch direkt entsorgt werden.

Idealerweise gehört zum Pflegebett ein fahrbarer Betttisch mit einem ausklappbaren Esstisch, der in Schrägstellung auch zum Lesen Verwendung finden kann. Manche Bettische haben an geeigneter Stelle eine Leiste mit Bedienungsschaltern (Glocke, Licht).

4.3 Unterstützung des Pflegeempfängers im Pflegebett

Bei der Unterstützung im Pflegebett sind entsprechend den Ressourcen des Pflegeempfängers und des Pflegenden mehrere Vorgehensweisen möglich, um zum selben Ergebnis zu kommen. Falls zwei Pflegenden am selben Pflegeempfänger zusammenarbeiten, sind Absprachen erforderlich.

Das Anheben des Pflegeempfängers am Gesäss, das Drehen auf die Seite, das Aufsetzen und das Hinaufrutschen stellen so genannte Grundtechniken dar.

Anheben des Pflegeempfängers am Gesäss

Bei vielen Pflegemassnahmen im Pflegebett (z.B. hinaufrutschen, Bettschüssel reichen, Hosen anziehen) genügt es, wenn der Pflegeempfänger am Gesäss angehoben wird.

- Allfälliges Material in Griffnähe bereithalten
- Kopfteil flach stellen (am Schluss wieder höher stellen)



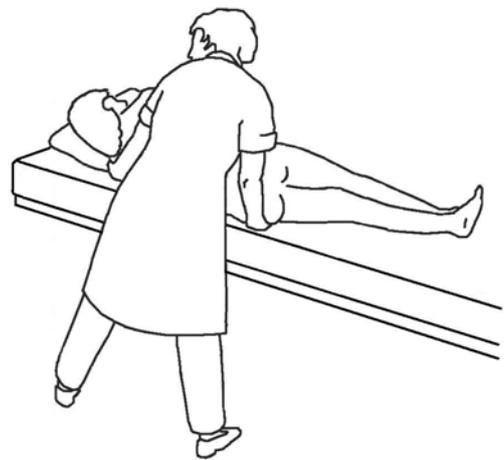
Anheben am Gesäss

- Pflegeempfänger informieren und zur Mithilfe auffordern
- Sich in Grätschstellung auf Höhe des Gesässes des auf dem Rücken gelagerten Pflegeempfängers an das Pflegebett stellen
- Bettdecke zurückfalten
- Pflegeempfänger auffordern, die Beine anzuwinkeln, die Füsse fest auf die Matratze zu stützen und das Gesäss anzuheben
- Mit der einen Hand die Füsse des Pflegeempfängers fixieren oder diesen am Gesäss anheben
- Pflegemassnahme ausführen

Drehen des Pflegeempfängers auf die Seite

Bei vielen Pflegemassnahmen im Pflegebett (z.B. Bettwäsche wechseln, Pflegeempfänger lagern, Ganzwäsche im Pflegebett ausführen, Bettschüssel reichen) muss der Pflegeempfänger auf die Seite gedreht werden.

- Allfälliges Material in Griffnähe bereithalten
- Kopfteil flach stellen (am Schluss wieder höher stellen)
- Pflegeempfänger informieren und zur Mithilfe auffordern
- Sich in Grätschstellung an diejenige Bettseite stellen, welcher der Pflegeempfänger nach dem Drehen den Rücken zukehren wird
- Bettdecke zurückfalten
- Beine des Pflegeempfängers gestreckt zu sich an den Bettrand ziehen
- Mit den Händen zuerst unter das Gesäss und das Kreuz, dann unter das Kreuz und die Schultern des Pflegeempfängers fassen und diesen in Schaukelbewegungen zu sich her ziehen
- Pflegeempfänger von sich weg auf die Seite drehen, dabei oben liegendes Bein anwinkeln
- Kissen unter den Kopf schieben, Rücken des Pflegeempfängers evtl. mit Lagerungsmittel stützen
- Pflegemassnahme ausführen



Drehen auf die Seite



Aufsetzen des Pflegeempfängers im Pflegebett

Bei vielen Pflegemaßnahmen im Pflegebett (z.B. Essen eingeben, Mund- und Zahnpflege ausführen, ankleiden) wird der Pflegeempfänger nach Möglichkeit aufgesetzt.

- Allfälliges Material in Griffnähe bereithalten
- Kopfteil flach stellen (am Schluss wieder höher stellen)
- Pflegeempfänger informieren und zur Mithilfe auffordern
- Sich in Schrittstellung auf Höhe des Oberkörpers des auf dem Rücken gelagerten Pflegeempfängers an das Pflegebett stellen, Knie gegen das Pflegebett abstützen
- Pflegeempfänger den Bettbügel bzw. die Strickleiter fassen lassen
- Kopfseitige Hand unter Nacken und Schulter des Pflegeempfängers schieben (Kopf in der Ellenbeuge), mit der fússeitigen Hand von vorn unter die Achsel greifen
- Pflegeempfänger vorsichtig gegen sich ziehend aufsetzen
- Pflegeempfänger mit der kopfseitigen Hand stützen, gegebenenfalls Knie mit Lagerungsmaterial unterstützen
- Pflegemaßnahme ausführen



Aufsetzen im Pflegebett

Hinaufrutschen des Pflegeempfängers im Pflegebett

Das Hinaufrutschen im Pflegebett ist eine der häufigsten Pflegemaßnahmen am bettlägerigen Pflegeempfänger. Dabei ist das bloße Hochziehen an den Schultern nach Möglichkeit zu vermeiden. Wenn der Pflegeempfänger selber nicht mithelfen kann, wird mit Vorteil ein zweiter Pfleger beigezogen.

Variante mit Hilfe des Pflegeempfängers:

- Kopfteil flach stellen
- Pflegeempfänger informieren und zur Mithilfe auffordern
- Bettdecke zurückfalten, Kissen wenn möglich entfernen
- Sich in Grätschstellung auf der Höhe des Oberkörpers des auf dem Rücken gelagerten Pflegeempfängers an das Pflegebett stellen, Knie gegen das Pflegebett abstützen
- Pflegeempfänger den Bettbügel bzw. die Strickleiter fassen lassen

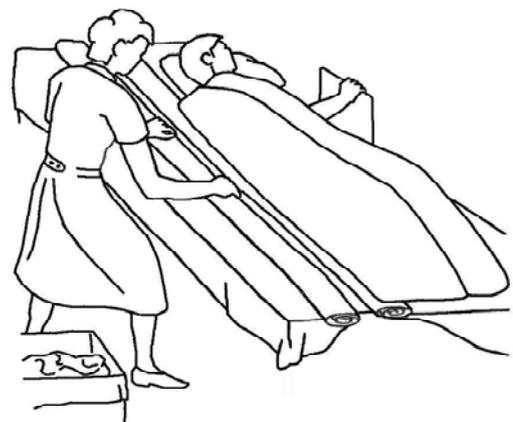


Variante: Hinaufrutschen zu zweit

- Pflegeempfänger auffordern, die Beine anzuwinkeln und die Füße fest auf die Matratze zu stützen
- Hände links und rechts unter die Hüfte des Pflegeempfängers schieben, diesen in Schaukelbewegungen hinauf ziehen
- Kopfteil höher stellen
- Kissen und Bettdecke einbetten

Wechseln der Bettwäsche bei belegtem Pflegebett

- Abwurfwagen, frische Wäsche (Unterleintuch, bei Bedarf: Einlage, Bezüge für Kissen und Bettdecke, Nachthemd bzw. Schlafanzug), evtl. Badetuch und Material für prophylaktische Massnahmen (z.B. zum Einreiben des Rückens) bereithalten
- Ein bis zwei Stühle ans Bettende stellen, gegebenenfalls Fenster schliessen
- Pflegeempfänger informieren und zur Mithilfe auffordern
- Kopfteil flach stellen, gegebenenfalls Bettbügel hoch hängen
- Evtl. dem Pflegeempfänger Bettschüssel und/oder Urinflasche anbieten
- Bettdecke von oben nach unten dritteln (ziehharmonikaartig so falten, dass die dem Körper aufliegende Seite innen bleibt) und auf einen Stuhl legen, Pflegeempfänger evtl. mit Badetuch abdecken (am Schluss entfernen)
- Allfällige Lagerungshilfsmittel entfernen
- Pflegeempfänger von sich weg auf die Seite drehen, dabei Kissen unter den Kopf schieben (auf Sicherheit achten: zweiter Pfleger, Seitengitter)
- Evtl. prophylaktische Massnahmen ausführen
- Gebrauchte Einlage zum Pflegeempfänger hin einrollen, Unterleintuch unter der Matratze lösen und zum Pflegeempfänger hin einrollen (gebrauchte Seite nach innen)
- Frisches Unterleintuch unter die Matratze einstecken und auf der freien Seite des Bettes glattziehen. Rest des Unterleintuches (ca. die Hälfte) einrollen und die Rolle nahe an den Pflegeempfänger schieben
- Frische Einlage auf frisches Unterleintuch legen, etwa die Hälfte der Einlage einrollen und die Rolle nahe an den Pflegeempfänger schieben
- Sich an die andere Seite des Pflegebettes stellen



Wechseln der Bettwäsche



- Pflegeempfänger von sich weg über die Wäscherollen hinweg drehen, dabei Kissen unter den Kopf schieben (auf Sicherheit achten)
- Gebrauchte Einlage und gebrauchtes Unterleintuch entfernen und direkt in den Abwurfwagen versorgen
- Frisches Unterleintuch abrollen und unter der Matratze einstecken, frische Einlage abrollen
- Evtl. Nachthemd bzw. Schlafanzug wechseln
- Gegebenenfalls Kissen und Bettdecke frisch beziehen, Kissen vom Pflegeempfänger abgewandt aufschütteln
- Kopfteil höher stellen
- Pflegeempfänger bequem bzw. nach Anordnung lagern
- Kissen und Bettdecke einbetten
- Stühle und Abwurfwagen wegräumen

Persönliche Notizen zur ATL "Ruhen und schlafen"



5 Sich bewegen

5.1 Bedeutung des Sich-Bewegens

Sich zu bewegen entspricht einem Grundbedürfnis des Menschen. Seit jeher ist die Bewegungsfähigkeit für Menschen (und Tiere) eine Voraussetzung für das Überleben. Eine gute körperliche Beweglichkeit kann sich auf den psychisch-geistigen Bereich übertragen. So dient Bewegung der Lebensfreude (Sport, Tanz usw.). Selbst bei einem intakten sozialen Netz hängen Selbständigkeit und Unabhängigkeit wesentlich von einer guten Bewegungsfähigkeit ab.

Jede Bewegung, die durch eine Muskelkontraktion herbeigeführt wird, erfordert eine Gegenbewegung eines anderen Muskels, der die ursprüngliche Bewegung hemmt oder abstoppt. Ohne diese Zusammenarbeit von gegenteilig arbeitenden Muskeln ist keine zielgerichtete Bewegung möglich. Nebst dieser Bewegungsarbeit übernimmt die Muskulatur aber auch Haltearbeit. Im Liegen sind die Gliedmassen entspannt und der erwünschten Körperlage angepasst.

Bewegung regt die Blutzirkulation an, stärkt die Muskelkraft und erhält die Gelenkigkeit. Die Lungen werden durchlüftet, Appetit und Verdauung angeregt.

In der Krankenpflege erfolgt die Unterstützung des Pflegeempfängers beim Sich-Bewegen mit Vorteil nach den Prinzipien der Kinästhetik. Das Konzept der Kinästhetik bezweckt eine angst- und stressfreie Gestaltung des Bewegens des Pflegeempfängers, indem über das Bewusstwerden des Bewegungsablaufs Bewegungsmuster eingeübt werden, die auch den Pflegenden selber entlasten. Die Unterrichtung in dieser modernen Technik kann vor Ort durch das berufliche Pflegepersonal erfolgen.

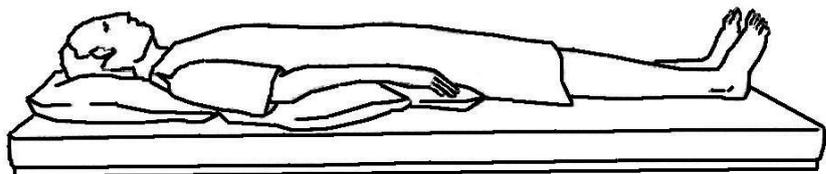
Bei älteren Menschen nimmt die Beweglichkeit des Körpers ab, die Knochen werden brüchiger und die Gelenke können sich versteifen. Durch die altersbedingten Bewegungseinschränkungen bilden sich die Muskeln zurück, was zu einer Abnahme der Kraft führt. Zudem kann sich der Gleichgewichtssinn verschlechtern, wodurch die Gefahr von Stürzen zunimmt. Viele ältere Menschen leiden beim morgendlichen Aufstehen unter Schwindel. Andere können zwar allein oder mit Hilfe einer Stütze gehen (z.B. Gehhilfen), aber sie können nicht allein aufstehen.

5.2 Bedeutung der Krankenlagerungen und der Ruhigstellung

Krankenlagerungen im Pflegebett dienen zur Abwendung drohender Lebensgefahr (z.B. Bewusstlosenlagerung), zur Aufrechterhaltung normaler Körperfunktionen, zur Schmerzlinderung und Ruhigstellung.

Die wichtigsten Krankenlagerungen im Pflegebett sind:

- Rückenlagerung
- Seitenlagerung links oder rechts
- Hochlagerung des Oberkörpers
- Hochlagerung der Beine (und der Arme)
- Bauchlagerung



Rückenlagerung

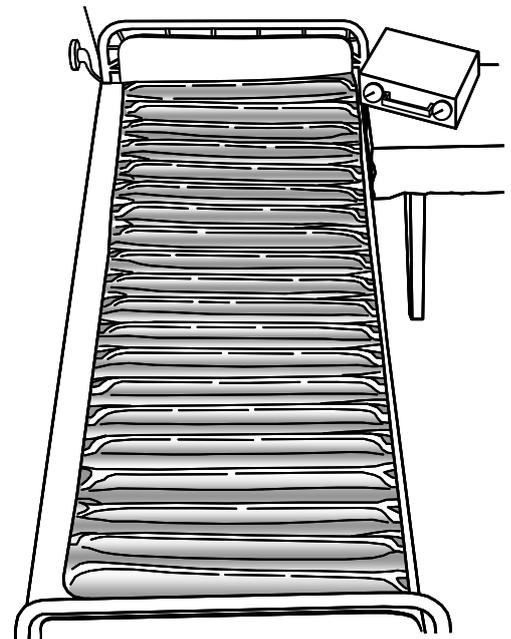


Bei der flachen Rückenlagerung mit leicht gestütztem Kopf und etwas angewinkelten Armen sind die meisten Muskeln optimal entspannt. Die Hochlagerung des Oberkörpers (halbsitzende Position, Kopfteil 45-60° hoch gestellt) ist bei Atemnot, bei Herz- und Lungenerkrankungen und beim Essen und Trinken angezeigt. Die Hochlagerung der Beine fördert den venösen Rückstrom nach Venenoperationen und bei Venenentzündungen.

Die Ruhigstellung ist eine Form der Selbsthilfe bei Verletzungen oder schmerzhaften Bewegungen. Sie ist aber auch eine ärztlich verordnete Behandlungsmassnahme bei Verletzungen oder Erkrankungen des Bewegungsapparates.

Zur Ruhigstellung und zur Druckentlastung werden Lagerungshilfsmittel eingesetzt:

- Schienen, Säcke, Fixiergurten (Ruhigstellung)
- Spezielle Matratzen (z.B. Antidekubitusmatratze)
- Grosse und kleine Kissen mit unterschiedlicher Füllung (Hirse, Spreu, Federn, Kunststoffkugeln)
- Gelkissen
- Rollen und Keile aus Schaumstoff
- Luft- und Wasserringe
- Felle und Fellschuhe



Antidekubitusmatratze

Lagerungshilfsmittel werden sparsam eingesetzt und dürfen den Pflegeempfänger nicht behindern.

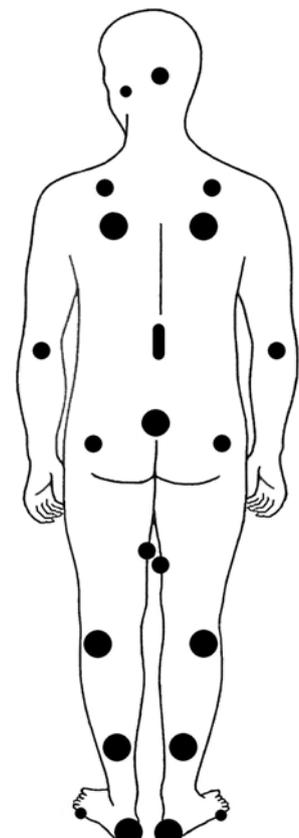
5.3 Gefahren einer längeren Bettlägerigkeit

Mangelnde Bewegung infolge längerer Bettlägerigkeit kann zu Zweiterkrankungen führen:

- Wundliegen (Dekubitus)
- Gelenkversteifung (Kontraktur)
- Venenentzündung (Phlebitis) und Blutgerinnselbildung (Thrombose)
- Lungenentzündung (Pneumonie)

Die wichtigste vorbeugende Massnahme (Prophylaxe) besteht in der dem körperlichen Zustand des Pflegeempfängers angepassten Mobilisation. Nach passiven oder aktiven Bewegungsübungen im Pflegebett wird der Pflegeempfänger erst an den Bettrand, dann in den Stuhl und an den Tisch gesetzt und schliesslich über kürzere und längere Wegdistanzen sowie über Treppen geführt. Passive oder aktive Bewegungsübungen und das erste Aufstehen nach einer längeren Bettlägerigkeit sind Sache des beruflichen Pflegepersonals.

Wundliegen (Dekubitus) ist ein infolge unterbrochener Blutzufuhr entstandenes Druckgeschwür. Es entsteht, wenn bei immobilen Pflegeempfängern ein Auflagedruck länger als 2 Stunden ununterbrochen auf die Haut einwirkt, und zwar insbesondere an Körperstellen, an denen über vorspringenden Knochen wenig

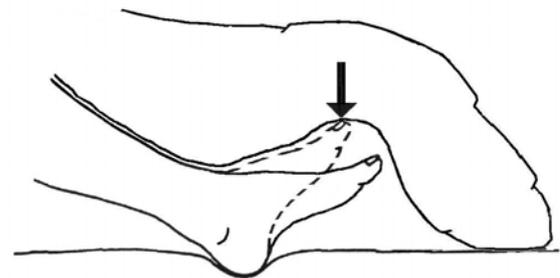


dekubitusgefährdete Körperstellen

polsterndes Gewebe liegt. Die nicht versorgten Zellen beginnen abzusterben (Nekrose). Erstes Anzeichen eines solchen Gewebedefekts ist eine blasse, weisse oder nach der Druckentlastung noch anhaltend gerötete Hautstelle. Ein Dekubitus bedeutet für den Pflegeempfänger wochen- oder sogar monatelange Schmerzen.

Die **Dekubitusprophylaxe** besteht nebst der Mobilisation in der Umlagerung des Pflegeempfängers ca. alle 2 Stunden (z.B. Seitenlagerung links - Rückenlagerung - Seitenlagerung rechts), in der Weich- oder Freilagerung von gefährdeten Stellen und in der regelmässigen Hautpflege. Für die Seitenlagerung empfiehlt sich die 30-Grad-Seitenlagerung, bei der der Pflegeempfänger auf der Gesässbacke und nicht mit dem gefährdeten Steissbein oder mit dem ebenso gefährdeten Hüftknochen aufliegt. Eine Freilagerung kommt besonders für kleine Körperteile wie Fersen, Knöchel und Ellbogen in Frage.

Die **Gelenkversteifung (Kontraktur)** erfolgt durch eine Schrumpfung von Muskeln, Sehnen und Gelenkbändern, so dass das betroffene Gelenk seine Beweglichkeit verliert. Ausser durch Bewegungsarmut kann auch durch eine falsche Krankenlagerung eine Einschränkung der normalen Gelenkfunktion entstehen. Da die Beugemuskeln in der Regel stärker als die Streckmuskeln sind, kommt es meistens zu einer Beugekontraktur (Finger, Ellbogen, Hüftgelenk und Knie sind nicht mehr streckbar). Eine besondere Form ist der Spitzfuss, eine Beugung des Fusses gegen die Fusssohle hin. Ein Pflegeempfänger, der nach langer Bettlägerigkeit Spitzfüsse hat, kann nicht mehr gehen.



Spitzfuss

Die **Kontrakturprophylaxe** besteht hauptsächlich in der Mobilisation. Die eigentliche Krankengymnastik ist Sache des beruflichen Pflegepersonals (Physiotherapeut).

Eine **Thrombose** droht, wenn Venenwände verletzt oder krankhaft verändert sind, der Blutstrom verlangsamt und dazu evtl. noch die Blutgerinnung erhöht ist, wodurch sich meist in einer Vene ein Blutgerinnsel (Thrombus) bilden kann, der das Blutgefäss teilweise oder vollständig verschliesst. Am meisten betroffen sind hierbei die Beinvenen. Im ungünstigsten Fall löst sich der Thrombus von der Venenwand und wird mit dem Blutstrom durch das Herz bis in die Lungengefässe geschwemmt, wo er in einem seiner Grösse entsprechenden Gefäss stecken bleiben und eine Lungenembolie verursachen kann. Anzeichen einer beginnenden Thrombose sind Schmerzen, Überwärmung, Rötung, Schwellung an der betroffenen Stelle und Fieber.

Zur **Thromboseprophylaxe** gehören nebst der Mobilisation und der Medikamentengabe die Hochlagerung der Beine sowie das Einbinden der Beine bzw. das Tragen von Kompressionsstrümpfen.

Bei der **Lungenentzündung (Pneumonie)** handelt es sich um eine durch krankmachende Keime verursachte Entzündung des Lungengewebes. Sie betrifft häufig eine schon vorerkrankte Lunge und ist besonders bei bettlägerigen Pflegeempfängern im hohen Lebensalter und bei Schwerkranken lebensbedrohlich. Mangelhaft abgehustetes Sekret kann eine Lungenentzündung fördern.

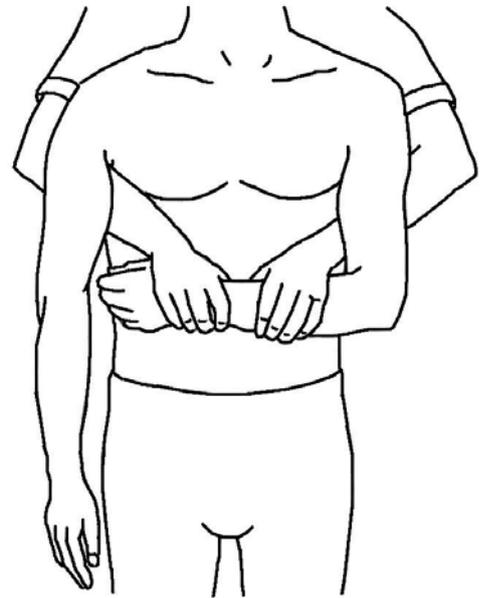
Die **Pneumonieprophylaxe** umfasst nebst der Mobilisation und der Medikamentengabe die regelmässige Umlagerung sowie die Anleitung zum guten Durchatmen (singen). Die eigentliche Atemgymnastik ist Sache des beruflichen Pflegepersonals (Physiotherapeut).



5.4 Merkmale zur Mobilisation des Pflegeempfängers

(siehe auch Ziffern 2.4 und 2.5, Kursives)

- Bei der Krankenlagerung im Pflegebett darauf achten, dass der Pflegeempfänger nicht auf Knöpfen, Falten, Krümeln oder harten Gegenständen liegt
- Bei der Mobilisation auf allfällige Sonden, Drainagen, Katheter, Infusionen usw. achten
- Sofern die Beine nicht bereits eingebunden bzw. die Kompressionsstrümpfe nicht angezogen sind, diese Massnahme noch im Pflegebett vornehmen
- Kleider, Socken und Schuhe sowie Gehhilfen wie Gehwagen, Gehbock, Unterarmgehstützen (Krücken), Gehstock bereithalten, Rollstuhl in richtige Position bringen (Räder arretiert)
- Bei Unsicherheit des Pflegeempfängers Kleider, Socken und Schuhe bereits im Pflegebett anziehen
- Genügend Platz für den geplanten Bewegungsablauf einberechnen, vorgesehenen Weg freimachen
- Dem Pflegeempfänger zwischen einzelnen Phasen Ruhepausen gewähren, geäusserte Ängste ernst nehmen
- In Rufnähe bleiben oder sicherstellen, dass die Glocke für den Pflegeempfänger erreichbar ist
- Mobilisation bei Schwächezeichen (Schwindel, Benommenheit, Blässe, Blaufärbung der Lippen usw.) abbrechen
- Ruhe bewahren, falls der Pflegeempfänger während der Mobilisation ohnmächtig wird; ihn allenfalls sachte zu Boden gleiten lassen, dabei wenn möglich Richtung des Sturzes steuern und seinen Kopf schützen
- Zum Aufrichten evtl. Rautekgriff anwenden
- Krankenbeobachtung vornehmen, Pflegedokumentation nachführen

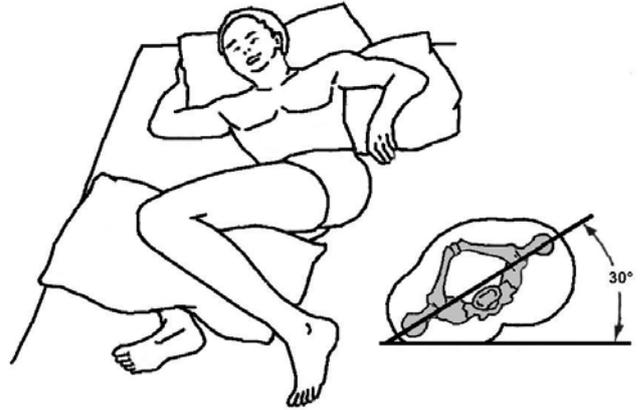


Rautekgriff

5.5 Unterstützung des Pflegeempfängers bei der Lagerung und der Mobilisation

Die 30-Grad-Seitenlagerung

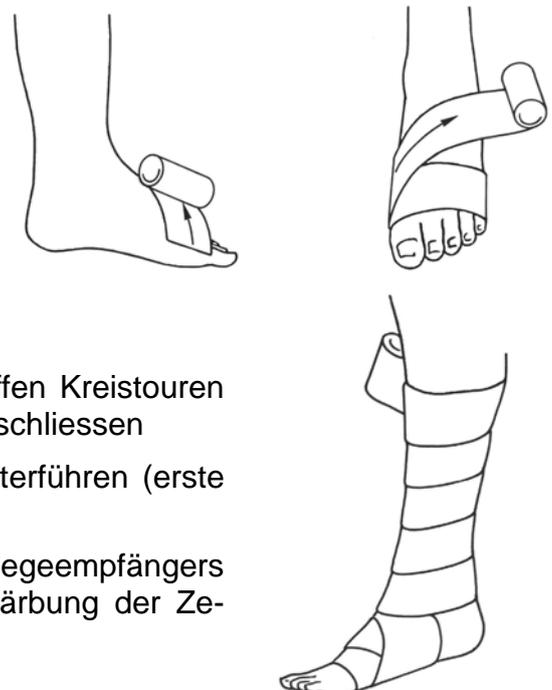
- Pflegeempfänger informieren und zur Mithilfe auffordern
- Kopfteil flach stellen
- Bettdecke zurückfalten, Kissen wenn möglich entfernen, Arme des auf dem Rücken liegenden Pflegeempfängers kreuzen
- Pflegeempfänger auf die Seite drehen
- Kissen unter den Kopf des Pflegeempfängers schieben, seinen Rücken mit einem Kissen stützen
- Auf der Matratze aufliegende Schulter so nach vorne ziehen, dass eine Seitenlagerung von ca. 30 Grad erreicht wird (evtl. auch aufliegende Hüfte etwas nach vorne ziehen)
- Kopfteil höher stellen
- Kissen zwischen die Beine platzieren, Arme bequem lagern
- Bettdecke einbetten



30-Grad-Seitenlagerung

Einbinden der Beine

- Material bereithalten (elastische Binden ca. 8 cm breit, Verbandklammern bzw. Heftpflaster)
- Pflegeempfänger informieren und zur Mithilfe auffordern
- Pflegeempfänger auf den Rücken lagern und auffordern, den einzubindenden Fuss in mittlerer Funktionsstellung zu halten
- Am Zehengrundgelenk mit 2-3 straffen Kreistouren von innen nach aussen beginnen
- Achtertouren um die Ferse binden, dann in straffen Kreistouren aufsteigend um den Unterschenkel führen und abschliessen
- Bindenverband evtl. mit einer zweiten Binde weiterführen (erste Binde leicht überlappend)
- Bei der anschliessenden Mobilisation des Pflegeempfängers überprüfen, ob keine andauernde bläuliche Verfärbung der Zehen vorliegt, allenfalls weniger straff einbinden



Einbinden der Beine



Heraussetzen des Pflegeempfängers an den Bettrand

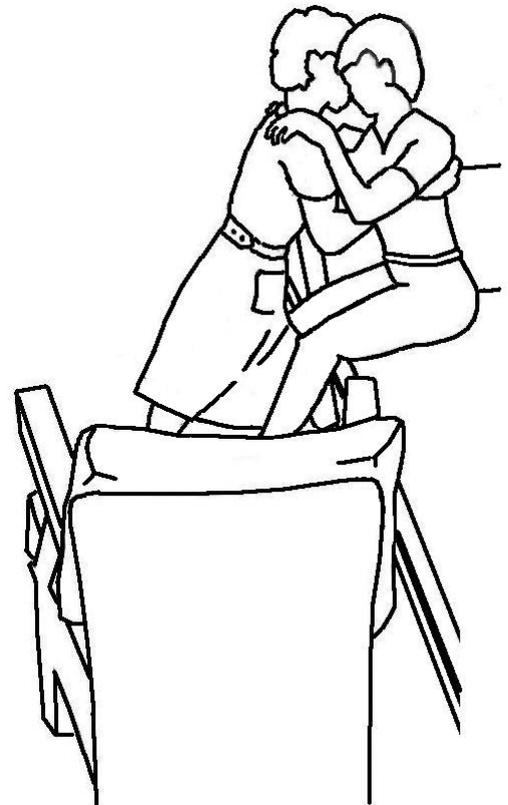
- Morgenmantel bereithalten
- Pflegeempfänger informieren und zur Mithilfe auffordern
- Evtl. Kopfteil flach stellen
- Bettdecke zurückfalten
- Gegebenenfalls Beine des Pflegeempfängers einbinden
- Pflegeempfänger an denjenigen Bettrand verlagern, an dem er zu sitzen kommt, Kopfteil maximal hoch stellen
- Mit der kopfseitigen Hand unter Nacken und Schulter des Pflegeempfängers, mit der fussseitigen Hand von oben um seine Knie fassen
- Beine des Pflegeempfängers über den Bettrand ziehen und diesen mit einem Schwung seitwärts an den Bettrand setzen
- Pflegeempfänger sich am Bettrand oder auf der Matratze abstützen lassen oder gegebenenfalls stützen
- Pflegebett absenken, bis Pflegeempfänger mit den Füßen sicheren Bodenkontakt hat
- Morgenmantel über die Schultern legen
- Pflegeempfänger überwachen (Hautfarbe)



Heraussetzen an den Bettrand

Heraussetzen des Pflegeempfängers aus dem Pflegebett

- Kleider, Socken und Schuhe, evtl. Kissen und Decke bereithalten
- Stuhl wenn möglich im rechten Winkel an derjenigen Bettseite bereithalten, die der Pflegeempfänger bevorzugt
- Bei Roll-, Nacht- oder Lehnstuhl mit Rollen diese arretieren, bettnahe Seitenlehne entfernen, Fussstützen hochklappen
- Pflegeempfänger informieren und zur Mithilfe auffordern
- Pflegeempfänger an den Bettrand heraussetzen
- Dem Pflegeempfänger Kleider, Socken und Schuhe anziehen
- Pflegeempfänger auffordern, seine Beine so in Schrittstellung zu bringen, dass das vordere Bein auf der Seite des Stuhls steht
- Vor den Pflegeempfänger so in Schrittstellung ste-



Heraussetzen aus dem Pflegebett

hen, dass das hintere Bein auf der Seite des Stuhls steht

- Mit beiden Händen von vorne unter die Achseln oder um die Hüfte des Pflegeempfängers fassen, diesen dabei auffordern, sich zu halten
- Eigene Knie gegen diejenigen des Pflegeempfängers stellen, diesen je nach dessen körperlichem Zustand gebeugt (tief) oder aufgerichtet (hoch) vorsichtig zum Stuhl hin drehen
- Pflegeempfänger auffordern, sich nach vorne zu beugen und zu setzen, sobald er den Stuhl mit der Hinterseite seiner Beine berührt
- Position des Pflegeempfängers überprüfen, evtl. seinen Rücken mit grossem, flachem Kissen polstern und Knie zudecken
- Notwendiges in Reichweite legen (Glocke, Getränk, Lesestoff, Brille, Telefon usw.)
- Pflegeempfänger in kürzeren Intervallen überwachen

Das Zurückbringen des Pflegeempfängers ins Pflegebett erfolgt in umgekehrter Reihenfolge.

Seitliches Führen des unsicher gehenden Pflegeempfängers

- Gehhilfen bereithalten
- Pflegeempfänger informieren und zur Mithilfe auffordern
- Pflegeempfänger an den Bettrand oder aus dem Pflegebett heraussetzen
- Pflegeempfänger zum Stehen bringen
- Hand unter der Achsel der stärkeren Seite lösen und sich rasch an die schwächere Seite des Pflegeempfängers stellen (bei Geländern und Handläufen an die freie Seite)
- Pflegeempfänger auffordern, tief zu atmen und nicht auf den Boden zu blicken
- Evtl. Ziel vorgeben, dabei den Rückweg mit einberechnen
- Eigenen Schritt an denjenigen des Pflegeempfängers anpassen (gegebenenfalls behindertes Bein mit dem eigenen, quer gestellten Fuss nachschieben)

Führen des Pflegeempfängers im Rollstuhl

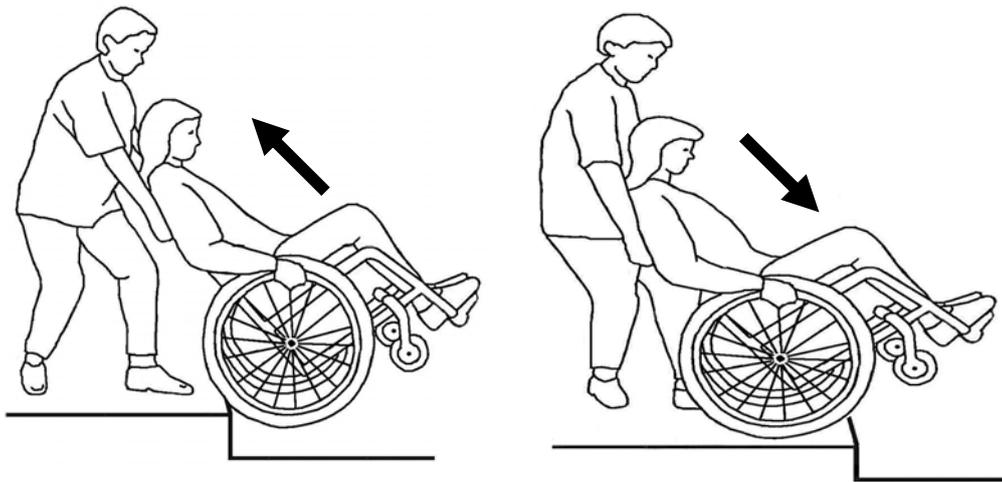
- Rollstuhl bereithalten
- Pflegeempfänger informieren und zur Mithilfe auffordern
- Pflegeempfänger aus dem Pflegebett heraus in den Rollstuhl setzen
- Rollstuhl nur an festen Teilen führen (nicht z.B. an der Seitenlehne)
- Mit dem Rollstuhl langsam fahren, besonders auf Hindernisse zu (z.B. Stufen)
- Rollstuhl niemals nach vorne kippen, Rollstuhlgriffe nicht loslassen, bevor Bremsen festgestellt sind



Heraussetzen aus dem Rollstuhl



- Zum Sprechen mit dem Pflegeempfänger im Rollstuhl sich zu ihm hin beugen
- Beim Bewältigen einer Einzelstufe aufwärts (Trottoirrand, Türschwelle usw.) Rollstuhl leicht nach hinten kippen und kleine Steuerräder auf die Stufe setzen, dann Rollstuhl an den Griffen anheben und grosse Räder auf die Stufe hochschieben
- Beim Bewältigen einer Einzelstufe abwärts Rollstuhl leicht nach hinten kippen und grosse Räder vorsichtig über die Stufe rollen lassen (bei Modellen, bei denen die grossen Räder vorne und die kleinen Steuerräder hinten sind, mit dem Rollstuhl rückwärts an die Kante fahren)
- Zum Überwinden von Treppen unbedingt Hilfe anfordern



Überwinden von Stufen

Persönliche Notizen zur ATL "Sich bewegen"



6 Sich sauber halten und sich kleiden

6.1 Bedeutung des Sich-sauber-Haltens und des Sich-Kleidens

Sich sauber halten und sich kleiden sind keine absoluten Grundbedürfnisse wie z.B. essen und trinken, sondern anpassbar an Gewohnheiten, äussere Umstände, körperlicher Zustand usw., sie haben aber eine wichtige gesundheitliche Bedeutung. Das Äussere eines Menschen und damit der Eindruck, den seine Mitmenschen von ihm gewinnen, hängen zudem wesentlich von seiner Körperpflege und seiner Kleidung ab.

Mit der Körperpflege wird die Haut unterstützt, dass sie ihre vielfältigen Funktionen dauerhaft wahrnehmen kann:

- Schutz vor schädlichen mechanischen, chemischen und thermischen Umwelteinflüssen
- Abwehr von krankmachenden Keimen
- Regulierung des Wärme- und des Wasserhaushalts
- Ausscheidung von Abfallstoffen des Stoffwechsels
- Aufnahme und Weiterleitung von Sinnesempfindungen (Kommunikationsfunktion)

Zur Körperpflege gehören nebst dem Sich-Waschen, der Intim-, der Zahn- und Mundpflege auch die Pflege der Fuss- und Fingernägel, die Pflege der Haare inklusive Haarschnitt, die Rasur und das Make-up.

Kleidung schützt vor Witterungseinflüssen (Kälte und Sonnenstrahlung). Sie bedeckt den Intimbereich und erfüllt ausserdem den Zweck der generellen sozialen Zuordnung. Nicht zuletzt dient sie dem Bedürfnis des Menschen, sich zu schmücken. Das Tragen normaler Kleidung tagsüber bindet den Pflegeempfänger bewusster in einen Tag-Nacht-Rhythmus ein.

In der Krankenpflege erfolgt die Körperpflege in der Regel täglich, die zusätzliche Intimpflege nach Bedarf und die normale Zahn- und Mundpflege nach dem Aufwachen, nach jeder Mahlzeit und vor dem Schlafengehen. Haare werden zumeist einmal wöchentlich gewaschen, jedoch täglich und nach Bedarf gebürstet und gekämmt. Flechten und Schneiden der Haare erfordern das Einverständnis des Pflegeempfängers. Rasur und Bartpflege erfolgen täglich.

Wenn nicht mehr regelmässig gekaut wird, entfällt die natürliche Reinigung der Mundhöhle und die Gefahr von Mundinfektionen und einer Entzündung der Speicheldrüsen erhöht sich. Eine spezielle Mundpflege ist dann besonders wichtig. Bei gewissen Pflegeempfängern, z.B. bei solchen mit fehlendem Lidschlag, wird eine spezielle Augenpflege erforderlich. Beides ist vorerst Sache des beruflichen Pflegepersonals.

Die Körperpflege ist je nach körperlichem Zustand des Pflegeempfängers ganz oder teilweise unter der Dusche, am Waschbecken, am Bettrand (Waschtisch) oder im Pflegebett selber vorzunehmen. Wannenbäder sind oft für den Herz-Blutkreislauf belastender als das Duschen.

Bei der Intimpflege ist zu bedenken, dass der Intimbereich auf Grund seiner anatomischen Beschaffenheit besonders anfällig für Infektionen und Geruchsbildung ist.

Bei der Körperpflege wird die allgemeine soziale Distanz überschritten, was sowohl vom Pflegeempfänger als auch vom Pflegenden die Überwindung entsprechender Vorbehalte abverlangt. Negative Erfahrungen mit Berührt-Werden können tiefe psychische Wunden hinterlassen.



Bei älteren Menschen verliert die Haut an Elastizität, ihr Wassergehalt nimmt ab und es kommt zur Faltenbildung. Die Wundheilung ist verlangsamt. Zudem können vermehrte Pigmentierungen (Altersflecken) auftreten. Nebst diesen normalen Veränderungen im Alter kann die Haut auch schuppig und spröde werden oder sehr stark jucken.

Bei manchen älteren Menschen ist das Gebiss ganz oder teilweise durch Zahnprothesen ersetzt.

6.2 Merkmale zur Körperpflege des Pflegeempfängers

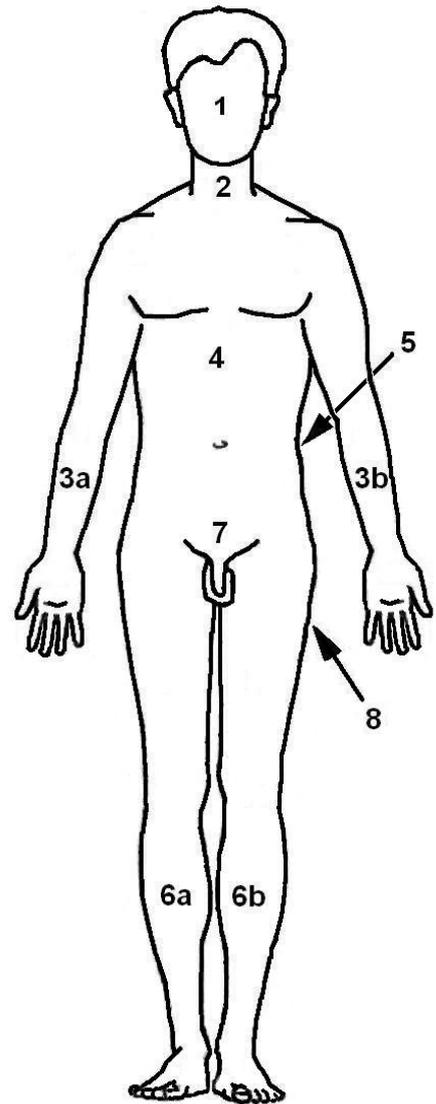
(siehe auch Ziffern 2.4 und 2.5, Kursives)

- *Bei der Körperpflege ausserhalb des Pflegebettes sicherstellen, dass Bad, Dusche bzw. Waschbecken entsprechend vorbereitet (rutschsichere Matte, Wannensitz, Stuhl, Hilfsmittel für die Körperpflege wie Schwämme und Bürsten mit langem Stiel usw.) sowie Türen und Fenster geschlossen sind (kein Durchzug, angenehme Raumtemperatur)*
- *Bei der Körperpflege im Pflegebett dieses vor dem Nasswerden schützen (Badetuch unter den zu waschenden Körperteil legen)*
- *Ressourcen des Pflegeempfängers auch dann nutzen, wenn die Körperpflege dadurch mehr Zeit in Anspruch nimmt*
- *Gewohnheiten des Pflegeempfängers nach Möglichkeit berücksichtigen (Wassertemperatur, Gebrauch von Seife im Gesicht usw.)*
- *Bei der Intimpflege Ausdrücke vermeiden, die die Gefühle des Pflegeempfängers verletzen könnten*
- *Körperpflege in der Regel von oben nach unten vornehmen, Intimpflege von vorne nach hinten (Keimverschleppung)*
- *Arme und Beine gegen den Rumpf zu waschen (kräftige Streichbewegungen)*
- *Pflegeempfänger nur so weit entblößen, wie notwendig, und nach dem Waschen bedecken, Intimsphäre auch bei Bewusstlosen respektieren*
- *Bei bettlägerigem Pflegeempfänger Haare nicht hoch stecken (Druckstellen)*
- *Allfällige Verbände vor dem Nasswerden schützen*
- *Gewaschene Körperpartien insbesondere dort gut trocknen, wo Haut auf Haut zu liegen kommt, z.B. in Achselhöhlen, in Hautfalten, unter der weiblichen Brust, zwischen den Zehen (Gefahr des Wundwerdens)*
- *Hilfsmittel für das Ankleiden (langer Schuhlöffel, Strumpfanzieher usw.) einsetzen, weit zu öffnende Kleidungsstücke vorziehen (evtl. Klett- und Reissverschlüsse)*
- *Krankenbeobachtung vornehmen, Pflegedokumentation nachführen (z.B. Hautveränderungen)*

6.3 Unterstützung des Pflegeempfängers bei der Ganzwäsche im Pflegebett

Ganzwäsche im Pflegebett

- Material (Waschbecken mit warmem Wasser, Schale mit Seife bzw. Lotion, 2 Waschlappen, 2 Handtücher, Badetuch, Hautpflegemittel, Intim- und Haarpflegematerial), evtl. frisches Nachthemd bzw. frischer Schlafanzug und Abwurfwagen bereithalten
- Gegebenenfalls Fenster schliessen, Sichtschutz sicherstellen (Paravent, Vorhang)
- Pflegeempfänger informieren und zur Mithilfe auffordern
- Kopfteil leicht erhöhen, gegebenenfalls Bettbügel hoch hängen
- Pflegeempfänger Uhr und Schmuck ablegen lassen (sicher verwahren), evtl. Bettschüssel und/oder Urinflasche anbieten
- Bettdecke zurückfalten, allfällige Lagerungshilfsmittel entfernen
- Pflegeempfänger auf den Rücken lagern
- Evtl. rasieren
- Ganzwäsche in der Reihenfolge Gesicht (1), Hals (2), Hände und Arme (3a + 3b), Brust/Bauch (4), Füße und Beine (6a + 6b) sowie Intimbereich (7) vornehmen, dabei
 - entkleidete Körperpartien mit Badetuch abdecken
 - Seife gut abspülen
 - gewaschene Körperpartien mit Handtüchern schonend trocknen (abtupfen)
 - bei Wechsel zur unteren Körperhälfte und zum Intimbereich Handtuch, Waschlappen und Waschwasser wechseln
- falls der Pflegeempfänger nicht aufgesetzt werden kann
 - Pflegeempfänger auf die Seite drehen, dann
 - Rücken (5) und Gesäss (8) in einem Arbeitsgang waschen
- Evtl. frisches Nachthemd bzw. frischer Schlafanzug anziehen und gebrauchtes Nachthemd bzw. gebrauchter Schlafanzug direkt in den Abwurfwagen versorgen
- Uhr und Schmuck anlegen lassen
- Gegebenenfalls Kopfteil höher stellen, Pflegeempfänger bequem bzw. nach Anordnung lagern
- Kissen und Bettdecke einbetten
- Material zurücklegen, evtl. Abwurfwagen wegräumen



Abfolge bei der Ganzwaschung



Intimpflege

- Material bereithalten (Waschbecken mit warmem Wasser, Seife bzw. Lotion, Badetuch, Waschlappen, Handtuch, weiteres Handtuch als Bettschutz, Einwegwaschtücher, Einweghandschuhe, Hautpflegemittel)
- Pflegeempfänger informieren und zur Mithilfe auffordern
- Kopfteil leicht erhöht stellen
- Sichtschutz sicherstellen (Paravent, Vorhang)
- Bettdecke zurückfalten, Pflegeempfänger auf den Rücken lagern
- Bauch, Leisten und Oberschenkel waschen (Seife gut abspülen) und schonend trocknen (abtupfen), dabei Handtuch als Bettschutz verwenden (beachte: Einweghandschuhe)
- Intimbereich waschen und schonend trocknen, beim Mann Glied mit dem Waschlappen fassen, Vorhaut zurückschieben und nach dem Waschen wieder vorstreifen
- Pflegeempfänger auf die Seite drehen, Gesäss waschen und schonend trocknen, Haut pflegen
- Gegebenenfalls Kopfteil höher stellen, Pflegeempfänger bequem bzw. nach Anordnung lagern
- Kissen und Bettdecke einbetten
- Material zurücklegen

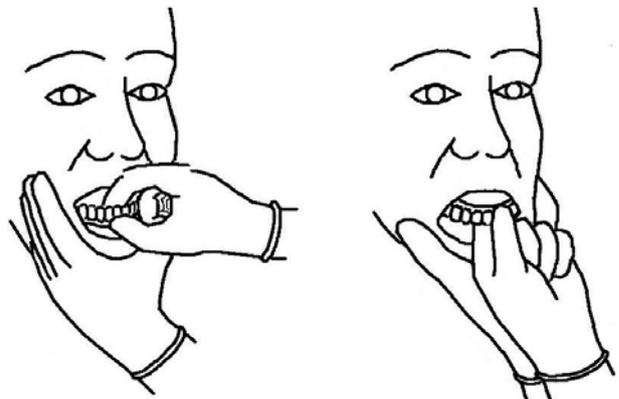
6.4 Unterstützung des Pflegeempfängers im Umgang mit Zahnprothesen

Zahnprothesen sind als Wertgegenstände zu betrachten und vor Bruch zu schützen (beim Reinigen Wasser ins Waschbecken füllen oder einen Waschlappen hineinlegen). Mit Teilprothesen ist besonders vorsichtig umzugehen.

Waschen unter heissem Wasser und Austrocknen bewirken, dass sich Zahnprothesen verziehen und nicht mehr passen. Zahnprothesen sollten nie für längere Zeit herausgenommen, sondern auch nachts getragen werden, da sich die Weichteile des Kiefers schnell verformen können.

Herausnehmen und Einpassen von Zahnprothesen

- Untere Zahnprothese herausnehmen, dabei diese mit Zeigefinger und Daumen leicht nach oben ziehen (beachte: Einweghandschuhe)
- Obere Zahnprothese herausnehmen, dabei diese mit Zeigefinger und Daumen leicht am Kiefer andrücken und dann nach unten ziehen
- Zahnprothesen mit Zahnbürste und Reinigungsmittel putzen und mit lauwarmem Wasser sehr gut abspülen
- Zuerst die obere, dann die untere



Herausnehmen von Zahnprothesen

Zahnprothese einpassen, Pflegeempfänger zum Zusammenbeißen auffordern und sich vom sicheren Sitz überzeugen (evtl. Haftcreme verwenden)

- Nicht getragene Zahnprothesen in mit Wasser gefüllter Prothesenschale verwechslungssicher aufbewahren. Vor dem Einpassen nochmals mit lauwarmem Wasser abspülen

6.5 Unterstützung des Pflegeempfängers beim An- und Entkleiden

An- und Entkleiden

- Kleidungsstücke in der richtigen Reihenfolge bereitlegen
- Bei über den Kopf zu streifenden Kleidungsstücken (z.B. Pullover) Pflegeempfänger zuerst in die Ärmel schlüpfen lassen bzw. zuerst Ärmel über die Arme ziehen
- Bei vom Kopf her anzuziehenden, vorne zu schliessenden Kleidungsstücken (z.B. Hemden, Blusen) diese zuerst über den schwächeren Arm ziehen, dann Pflegeempfänger aufsetzen, Kleidungsstück über den Rücken legen und stärkeren Arm in den Ärmel bringen
- Bei Kleidungsstücken mit Rückenverschluss diese zuerst über den schwächeren, dann über den stärkeren Arm ziehen, Pflegeempfänger erst nachher aufsetzen
- Bei vom Fuss her anzuziehenden Kleidungsstücken (Hosen, Jupe, einteiliges Kleid) diese zuerst über das schwächere, dann über das stärkere Bein ziehen, nachher den Pflegeempfänger am Gesäss anheben und Kleidungsstück ganz hochziehen



An- und Entkleiden

Das Entkleiden des Pflegeempfängers erfolgt in der umgekehrten Reihenfolge. Nach dem Entkleiden sind die Kleidungsstücke an den Bügel zu hängen bzw. ordnungsgemäss wegzulegen.

Persönliche Notizen zur ATL "Sich sauber halten und sich kleiden"

7 Essen und trinken

7.1 Bedeutung von Essen und Trinken

Essen und Trinken sind lebensnotwendige Grundbedürfnisse des Menschen. Er muss Nährstoffe (Eiweiss, Kohlenhydrate und Fett) und Ergänzungsstoffe (Vitamine, Mineralien, Spurenelemente) in möglichst ausreichender Menge und in zuträglicher Zusammensetzung zu sich nehmen. Wasser ist der Nahrungsbestandteil, auf den am wenigsten verzichtet werden kann. Alle physiologischen Vorgänge sind auf genügend Wasser angewiesen. Essen und Trinken haben aber auch eine grosse psychisch-geistige und soziale Bedeutung.

Idealerweise wird die Nahrungsaufnahme auf 4-6 Mahlzeiten verteilt (3 Hauptmahlzeiten, 1-3 Zwischenmahlzeiten). Der tägliche Flüssigkeitsbedarf von über 2 Liter beim erwachsenen Menschen wird zum grössten Teil durch Getränke gedeckt. Bei Hitze, Fieber, starkem Schwitzen oder bei Durchfall muss die Trinkmenge entsprechend erhöht werden. Kaffee, Schwarztee und alkoholische Getränke entziehen dem Körper Flüssigkeit.

Medikamente sind Substanzen, die zur Verhütung oder Behandlung von Krankheiten eingesetzt werden. Die meisten der oral (über den Mund) als Tabletten, Lutschtabletten, Brausetabletten, Kapseln, Dragées, Granulat, Tropfen oder Sirup verabreichten Medikamente werden nach den Mahlzeiten eingenommen.

In der Krankenpflege ist die Sorge für eine ausreichende Trinkmenge eine wichtige Aufgabe. Folgen einer ungenügenden Flüssigkeitsaufnahme können Kopfschmerzen, spröde Haut, trockene Schleimhäute, Schwindelanfälle u.a. sein. In besonderen Fällen muss eine Flüssigkeitsbilanz erstellt werden.

Die Vorbereitung, Kontrolle und Verteilung der Medikamente obliegt nach vorgeschriebenen Regeln dem beruflichen Pflegepersonal. Bei Neuverordnungen oder Änderungen der Dosierung ist die Beobachtung auf Nebenwirkungen besonders wichtig.

Pflegeempfänger, die beim Essen und Trinken auf Hilfe angewiesen sind, erleben dies als einen einschneidenden Verlust an Lebensqualität. Einem Pflegeempfänger beim Essen und Trinken zu helfen ist deshalb eine sehr persönliche, intime Handlung, vergleichbar mit der Hilfe bei der Körperpflege. Bei manchen Pflegeempfängern sind die Essenszeiten ein wichtiges Element bei der Gestaltung des Tagesablaufs. Appetitlosigkeit gilt als unspezifische Begleiterscheinung bei vielen Erkrankungen.

Ältere Menschen benötigen in der Regel kleinere Nahrungsmengen. Sie können Unverträglichkeiten zu verschiedenen Speisen und Getränken entwickeln und haben oft ein vermindertes Durstgefühl. Bei älteren Menschen werden viele Medikamente meist langsamer aufgenommen, abgebaut und ausgeschieden.



7.2 Merkmale zur Nahrungsaufnahme und zur Medikamenteneinnahme

(siehe auch Ziffern 2.4 und 2.5, Kursives)

- *Gleichzeitig nur einen Pflegeempfänger beim Essen unterstützen, sich Zeit nehmen*
- *Gewohnheiten des Pflegeempfängers nach Möglichkeit berücksichtigen (Tischgebet, Abfolge der Speisen usw.)*
- *Heisse Speisen und Getränke nicht mit Blasen abkühlen (Verschleppung krankmachender Keime)*
- *Umgebundene Serviette nicht als „Latz“ bezeichnen*
- *Hilfsmittel für das Essen und Trinken wie Gleitschutz für Teller, Spezielteller mit hohem Rand, Wärmeteller, Besteck mit speziellen Griffen zum besseren Halten, Trinkröhrchen oder Schnabelbecher verwenden*
- *Pflegeempfängern ohne Appetit wenn möglich häufiger kleinere Portionen anbieten*
- *Darauf achten, dass Pflegeempfänger die verschriebenen Medikamente einnehmen sowie die Dosierung und/oder die verordneten Abstände für die Einnahme genau einhalten, Selbstmedikationen im Auge behalten*
- *Krankenbeobachtung vornehmen, Pflegedokumentation nachführen*

7.3 Unterstützung des Pflegeempfängers beim Essen und bei der Medikamenteneinnahme

- Wenn nötig das Pflegezimmer lüften (kein Durchzug, angenehme Raumtemperatur)
- Evtl. dem Pflegeempfänger noch Gang auf die Toilette und Waschen der Hände ermöglichen oder ihm Bettschüssel und/oder Urinflasche anbieten
- Dem Pflegeempfänger gegebenenfalls die Zahnprothesen reichen bzw. einsetzen
- Pflegeempfänger aufsetzen bzw. aus dem Pflegebett heraussetzen, Serviette umlegen
- Tisch bzw. Betttisch sauber wischen, Betttisch in die richtige Höhe bringen, Essen inkl. allfällige Medikamente auftragen, Menü erläutern
- Dem Pflegeempfänger gegebenenfalls beim Richten der Speisen helfen (Brot streichen, Speisen zerkleinern, Getränke eingiessen, Portionenpackungen öffnen usw.)
- Temperatur der Speisen überprüfen, hierzu Löffel vorsichtig an die Lippen des Pflegeempfängers halten
- Pflegeempfänger gegebenenfalls beim Essen unterstützen (z.B. Arm führen), dabei kleine Portionen auf den Löffel nehmen und seitlich in die Wangentasche geben, sich vergewissern, ob Schluckbewegungen erkennbar sind



Essen reichen

- Trinkröhrchen so halten, dass dessen Ende dauernd in der Trinkflüssigkeit steht, sich vergewissern, ob Schluckbewegungen erkennbar sind
- Allfällige Medikamente mit reichlich Flüssigkeit (ca. 1 dl) einnehmen lassen
- Geschirr abräumen, dabei darauf achten, wie viel der Pflegeempfänger etwa gegessen und getrunken hat
- Mund des Pflegeempfängers mit der Serviette abwischen und diese entfernen
- Dem Pflegeempfänger Zahn- und Mundpflege sowie Waschen des Gesichts und der Hände ermöglichen bzw. Zahn- und Mundpflege vornehmen
- Pflegeempfänger gegebenenfalls ins Pflegebett zurückbringen, bequem bzw. nach Anordnung lagern
- Evtl. das Pflegezimmer kurz lüften
- Material zurücklegen
- Pflegeempfänger kurzfristig in kürzeren Intervallen überwachen (Verdauungsbeschwerden, Medikamentenwirkungen wie Müdigkeit, Schwindel)

Unterstützung nach einem Verschlucken

Die Aspiration von Flüssigkeit oder kompakten Fremdkörpern (z.B. Fleischstückchen) kann lebensgefährlich sein. Das Klopfen auf den Rücken kann bewirken, dass der Fremdkörper in den Atemwegen noch tiefer nach unten rutscht.

- Pflegeempfänger auffordern, den Fremdkörper mit viel Luft herauszuhusten
- Auf dem internen Alarmierungssystem der jeweiligen Pflegeinstitution alarmieren
- Falls die Atemwege durch Husten nicht freigemacht werden können oder der Pflegeempfänger nicht mehr sprechen kann, diesen aufsetzen, von hinten umfassen und 3-5 kräftige Druckstöße auf den Oberbach in Richtung des Zwerchfells ausüben (Heimlich-Manöver)



Heimlich-Manöver



Persönliche Notizen zur ATL "Essen und trinken"

8 Ausscheiden

8.1 Bedeutung des Ausscheidens

Die Ausscheidung stellt ein Grundbedürfnis dar, indem es das Stoffwechselgeschehen durch die Abgabe von Stoffwechselendprodukten, Wasser, Salzen und anderen ausscheidungspflichtigen Substanzen reguliert. In der Ausscheidung liegt auch das Prinzip des Weggebens, des Loslassens und des Entspannens.

Die Ausscheidung erfolgt über das Harnsystem (Urin), den Verdauungstrakt (Stuhl), die Haut (Schweiss) und die Atmung (CO₂). Weitere Körperausscheidungen sind das Erbrechen und der Auswurf.

Das Erbrechen ist ein wichtiger Schutzreflex, bei dem es zur unwillkürlichen Entleerung des Mageninhalts durch den Mund kommt. Zentrales Erbrechen entsteht durch eine Reizung des Brechzentrums im Gehirn (z.B. bei Hirnerschütterungen, Schlaganfällen), reflektorisches Erbrechen erfolgt nach einer Nervenreizung entlang der Verdauungswege (z.B. bei Magenkoliken, Darmverschlüssen).

Der Auswurf (Sputum) ist das Sekret von Schleimhäuten der Atemwege, das bei verschiedenen Erkrankungen produziert wird. Bei gesunden Menschen ist die Schleimproduktion so gering, dass sie nicht in Erscheinung tritt.

In der Krankenpflege stellen anormaler Urin oder Stuhl sowie Erbrechen objektive Krankheitszeichen dar, deren Beobachtung Teil der speziellen Beobachtungspunkte ist. Die eigentliche Diagnose ist dem Arzt vorbehalten.

Der in der Krankenpflege häufig verwendete fahrbare Nachtstuhl (Bild unter Ziffer 8.3) weist in der Sitzfläche eine Öffnung für die Bettschüssel auf. Er kann auch in die Toilette gefahren und direkt über der WC-Schüssel platziert werden.

In den meisten Kulturen sind Ausscheidungen dem Intimbereich zugeordnet und entsprechend mit Tabus belegt. Es ist von einem ausgesprochen hohen Empfindlichkeitsgrad (Befangenheit, Schamgefühle) sowohl beim Pflegeempfänger wie auch beim Pflegenden auszugehen.

Bei älteren Menschen nimmt der Harndrang zu (häufiges Wasserlösen auch nachts) und die Ausscheidungsfunktion der Niere ab. Inkontinenz, d.h. das Unvermögen, die Blase bzw. den Darm zu kontrollieren, kann in jedem Alter auftreten; auf Grund des natürlichen Alterungsprozesses sind jedoch mehrheitlich ältere Menschen davon betroffen. Bei der Harninkontinenz kann sich die Blase in einem Schwall oder auch tropfenweise entleeren. Durchfall ist bei älteren Menschen eine ernst zu nehmende Störung.



8.2 Beurteilen von Ausscheidungen im Rahmen der Krankenbeobachtung

Urin

Normaler Urin ist leicht gelblich bis bernsteinfarben, hat einen schwachen, leicht aromatischen Geruch und löst sich ohne Schmerzen in 4-6 Ausscheidungen täglich (Gesamtmenge über ½ Liter). Eine kleine Menge dunklen Urins kann ein Hinweis sein, dass der Pflegeempfänger zu wenig trinkt.

Beobachtungspunkte	Beschreibung	Allfällige Massnahmen
Farbe	dunkelbraun, rosa oder rot trüb, mit sichtbaren Beimengungen	} Urin zugedeckt aufbewahren bzw. die Wasserspülung nicht betätigen, berufliches Pflegepersonal informieren
Geruch	penetranter, stechender Geruch, Azetongeruch	
Ausscheidungsvorgang	Schmerzen/Krämpfe beim Wasserlösen	
	0-3 bzw. über 7 Ausscheidungen täglich, sehr kleine oder sehr grosse Mengen, Inkontinenz	berufliches Pflegepersonal informieren

Stuhlgang

Normaler Stuhl ist bräunlich und von weicher, geformter Konsistenz, riecht nicht übel, weist keine bis wenige Beimengungen auf. Er löst sich ohne Schmerzen in regelmässigen Stuhlgängen (z.B. einmal täglich, Gesamtgewicht 100-300 g).

Beobachtungspunkte	Beschreibung	Allfällige Massnahmen
Farbe	rot, orange, grünlich, lehmfarbig, weisslich, schwarz	} Stuhl zugedeckt aufbewahren bzw. die Wasserspülung nicht betätigen, berufliches Pflegepersonal informieren
Geruch	übler Geruch	
Beimengungen	grössere Beimengungen (nur angedaute Nahrung, Frischblut)	
Konsistenz	dünflüssig oder hart und trocken	
Ausscheidungsvorgang	Schmerzen beim Stuhlgang	berufliches Pflegepersonal informieren
	unregelmässiger Stuhlgang, Inkontinenz	

Erbrochenes

Beobachtungspunkte	Beschreibung	Allfällige Massnahmen
Menge, Farbe	z.B. weisslich, grüngelb, rotbraun	berufliches Pflegepersonal informieren, grössere Mengen genau messen
Zeitpunkt, Häufigkeit	z.B. nüchtern bzw. nach den Mahlzeiten, einmalig oder wiederholt	
Geruch	z.B. säuerlich, nach Stuhl riechend	
Beimengungen	z.B. Blut, Fremdkörper, Nahrungsreste, Kot	
Ausscheidungsvorgang	z.B. schwallweise, würgend	

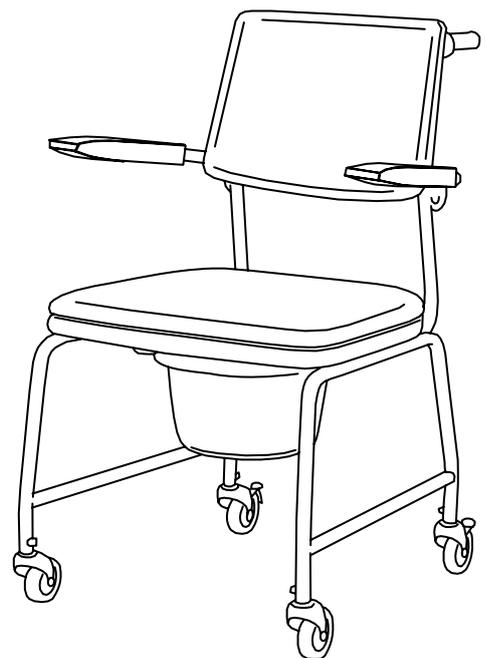
Auswurf

Beobachtungspunkte	Beschreibung	Allfällige Massnahmen
Menge, Farbe	z.B. weisslich, grüngelb, rotbraun	berufliches Pflegepersonal informieren
Zeitpunkt	z.B. morgens	
Geruch	z.B. leicht süsslich oder faulig riechend	
Beimengungen	z.B. Eiter, Blut, Nahrungsreste, Gewebeteile	

8.3 Merkmale zur Unterstützung des Pflegeempfängers bei der Ausscheidung

(siehe auch Ziffern 2.4 und 2.5, Kursives)

- Dem Pflegeempfänger das Ausscheiden ermöglichen, wenn er dies verlangt oder durch sein Verhalten anzeigt; ihm genügend Zeit dafür geben
- Dem Pflegeempfänger immer das Ausscheiden auf der Toilette oder dem Nachtstuhl ermöglichen, bei Bedarf begleiten und beim Entkleiden, beim Säubern und beim Ankleiden helfen, ansonsten in Rufnähe bleiben (Glocke)
- Einweghandtücher, Einlagen und Binden nicht ins WC werfen (Verstopfung des Abflusses)
- Toiletten nicht von innen abschliessen lassen
- Toilettenbecken reinigen und Sitzring desinfizieren, wenn eine Verschmutzung vorliegt
- Bettschüssel und Urinflasche in Reichweite des Pflegeempfängers bereitlegen, nach jedem Gebrauch leeren und reinigen



Nachtstuhl

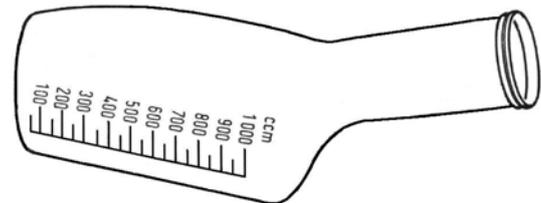


- *Inkontinenz-Einlagen nicht als „Windeln“ oder „Pampers“ bezeichnen, keine Bemerkungen über "schlechte Gerüche" äussern*
- *Krankenbeobachtung vornehmen, Pflegedokumentation nachführen*

8.4 Unterstützung des Pflegeempfängers beim Ausscheiden im Pflegebett

Reichen der Bettschüssel und der Urinflasche

- Material bereithalten (Bettschüssel, Urinflasche, Toilettenpapier, Einweghandschuhe, Intimpflegematerial)
- Pflegeempfänger zur Mithilfe auffordern
- Kopfteil flach stellen
- Sichtschutz sicherstellen (Paravent, Vorhang)
- Bettdecke zurückfalten
- Pflegeempfänger gegebenenfalls auf den Rücken lagern und dann auf die Seite drehen
- Bettschüssel schräg ans Gesäss des Pflegeempfängers drücken
- Pflegeempfänger mit der angelegten Bettschüssel zurückdrehen; bei männlichen Pflegeempfängern gleichzeitig Urinflasche anlegen, dabei wenn möglich Pflegeempfänger selber das Glied in die Urinflasche legen lassen (ansonst Glied mit einem Teil des Nachthemdes bzw. Schlafanzugs fassen)
- Kopfteil höher stellen
- Kontrollieren, ob der Pflegeempfänger gut auf der Bettschüssel liegt (Kreuzbein auf dem Schüsselrand)
- Pflegeempfänger zudecken, in Rufnähe bleiben (Glocke)
- Nach dem Stuhlgang Bettdecke zurückfalten, Pflegeempfänger auffordern, die Beine anzuwinkeln
- Kopfteil flach stellen
- Bettschüssel mit der einen Hand waagrecht gegen die Matratze drücken, Pflegeempfänger mit der anderen Hand auf die Seite drehen
- Bettschüssel entfernen, Bettschüssel am Fussende des Pflegebettes abstellen (nicht auf den Boden) und zudecken
- Intimpflege vornehmen (beachte: Einweghandschuhe)
- Evtl. dem Pflegeempfänger Waschen der Hände ermöglichen
- Kopfteil höher stellen, Pflegeempfänger bequem bzw. nach Anordnung lagern
- Kissen und Bettdecke einbetten
- Einen Blick auf Stuhl und Urin werfen, Bettschüssel und Urinflaschen entsprechend den Regelungen der Pflegeinstitution reinigen (Spülautomat)
- Pflegezimmer kurz lüften
- Übriges Material zurücklegen



Urinflasche

Hilfeleistungen beim Erbrechen

- Pflegeempfänger aufsetzen oder auf die Seite drehen
- Schale oder Becken hinhalten, weiteres Material bereithalten (Bettschutzmaterial, Taschentücher, feuchter Lappen, Handtuch, Glas mit Wasser)
- Gegebenenfalls Zahnprothese entfernen
- Pflegeempfänger stützen und zu gutem Durchatmen auffordern
- Bett schützen
- Einen Blick auf Erbrochenes werfen und dieses wegleeren
- Dem Pflegeempfänger Waschen des Gesichts und der Hände ermöglichen, Zahn- und Mundpflege vornehmen
- Pflegezimmer lüften
- Schale und Taschentücher in Griffnähe lassen, übriges Material zurücklegen



Persönliche Notizen zur ATL "Ausscheiden"

9 Körpertemperatur regulieren

9.1 Bedeutung der Körpertemperaturregulierung

Der menschliche Körper hat eine gleich bleibende Temperatur zwischen 36 und 37°C. Um diese Temperatur konstant zu halten, kann der Körper Wärme erzeugen und abgeben. Die Zellen des Körpers können Schwankungen in einem Bereich zwischen 33 und 42°C ertragen. Arme und Beine weisen eine tiefere Temperatur auf als der Rumpf. Sie sind weniger empfindlich auf Temperaturschwankungen als die inneren Organe und das Gehirn.

Bei zu tiefer Körpertemperatur wird durch einen gesteigerten Stoffwechsel Wärme erzeugt. Zugleich werden die Blutgefäße der Haut verengt. Bei zu hoher Körpertemperatur werden diese zur Wärmeabgabe weit gestellt (Rötung) und die Schweißdrüsen aktiviert, wobei der Schweiß die Haut durch Verdunstung kühlt. Zugleich wird über die Atmung Wärme abgegeben.

Wird durch eingedrungene krankmachende Keime das Regulationszentrum im Gehirn erregt und der Körper zu einer verstärkten Wärmeproduktion veranlasst, entsteht Fieber. Die Phase eines raschen Fieberanstiegs kann von Schüttelfrost mit starkem Frösteln, Muskelzittern, Zähneklappern und Schüttelung des ganzen Körpers begleitet sein.

In der Krankenpflege wird die Temperatur in der Regel vor dem Aufstehen und am Spätnachmittag gemessen, bei Fieber zusätzlich am späteren Abend. Fieber stellt ein objektives Krankheitszeichen dar, dessen Beobachtung Teil der speziellen Beobachtungspunkte ist. Die eigentliche Diagnose ist dem Arzt vorbehalten. Der Entscheid über fiebersenkende Massnahmen (Wadenwickel, Medikamente usw.) und über die erste Mobilisation nach einem Fieberfall ist Sache des beruflichen Pflegepersonals.

Bei mässigem Fieber verliert der erwachsene Pflegeempfänger ca. 1 Liter, bei hohem Fieber ca. 2 Liter Flüssigkeit, was bei einer zu erstellenden Flüssigkeitsbilanz zu berücksichtigen ist.

Bei älteren Menschen liegt die Körpertemperatur oft etwas niedriger. Die Fähigkeit zur Regulation der Körpertemperatur lässt nach, und das Temperaturempfinden kann vermindert sein. Infolge der sich im Alter einschränkenden Funktion des Immunsystems reagieren betagte Menschen bei Infektionen seltener mit Fieber, weshalb Infekte z.B. der Atem- oder der Harnwege längere Zeit unbemerkt bleiben können.

9.2 Messtechniken zum Ermitteln der Körpertemperatur

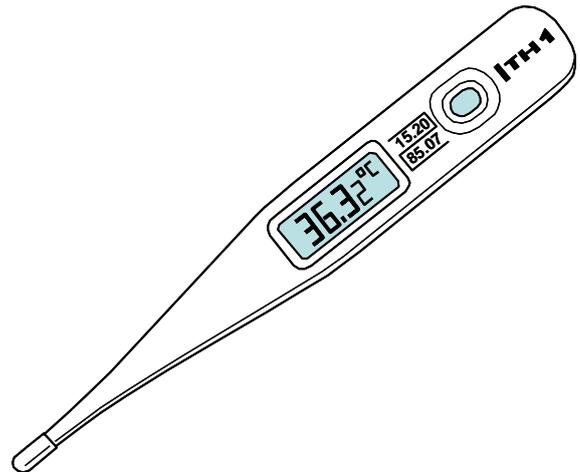
Die Körpertemperatur wird axillar oder rektal, seltener oral gemessen. Die axillare Messung (Messung in der Achselhöhle) ergibt einen Wert, der ca. 0,5°C unter der tatsächlichen Körpertemperatur liegt. Sie ist die für den Pflegeempfänger angenehmste Messart, aber relativ ungenau. Die rektale Messung (Messung im Enddarm) ergibt einen Wert, der der tatsächlichen Körpertemperatur entspricht.



Für die Körpertemperaturmessung stehen Glasthermometer mit Quecksilbersäule und Kunststoffthermometer mit digitaler Anzeige zur Verfügung.

Glasmeter mit Quecksilbersäule sind so genannte Maximalthermometer, d.h. die Quecksilbersäule bleibt beim höchsten gemessenen Wert stehen. Vor der Messung muss die Quecksilbersäule unter 36°C heruntergeschüttelt werden. Bei zerbrochenem Glasmeter muss das Quecksilber in ein verschliessbares Gefäss aufgefangen und speziell entsorgt werden. Kinder und verwirrte Pflegeempfänger werden während der Temperaturmessung überwacht.

Kunststoffthermometer mit digitaler Anzeige zeigen meist mit einem akustischen Signal an, wenn der Messvorgang abgeschlossen ist. Vor der Messung muss die Anzeige auf 0°C stehen.



Kunststoffthermometer mit digitaler Anzeige

Nach Gebrauch müssen Thermometer nach den Regelungen der Pflegeinstitution gereinigt und evtl. desinfiziert werden.

Temperaturbereiche (axillare Messung)

- Normaltemperatur	36,0 - 37,0°C	
- Subfebrilität	37,1 - 37,5°C	
- Leichtes Fieber	37,6 - 37,9°C	
- Mässiges Fieber	38,0 - 38,4°C	} Hyperthermie
- Hohes Fieber	38,5 - 40,0°C	
- Sehr hohes Fieber	40,1°C und höher	
- Leichte Untertemperatur	< 36,0°C	
- Hypothermie (Unterkühlung)	< 35,0°C	

9.3 Unterstützung des Pflegeempfängers bei Fieber

Axillares Messen der Körpertemperatur

- Thermometer bereithalten
- Pflegeempfänger informieren
- Thermometer so einlegen, dass dessen Spitze in die Mitte der Achselhöhle kommt und kein Stoff dazwischen liegt
- Thermometer nach ca. 10 Minuten bzw. nach dem akustischen Signal entfernen und Wert ablesen
- Ergebnis in der Pflegedokumentation festhalten
- Thermometer reinigen bzw. desinfizieren und zurücklegen (Quecksilbersäule des Thermometers unter 36°C schütteln bzw. Anzeige auf 0°C stellen)

Rektales Messen der Körpertemperatur

- Thermometer, Thermometerhülle bereithalten
- Pflegeempfänger informieren
- Kopfteil flach stellen
- Bettdecke zurückfalten
- Pflegeempfänger auf die Seite drehen und auffordern, die Beine leicht anzuziehen
- Thermometer in Thermometerhülle stecken
- Obere Gesässhälfte anheben und Thermometer 1-2 cm in den Enddarm einführen
- Thermometer nach ca. 3 Minuten bzw. beim akustischen Signal entfernen, Thermometerhülle entfernen und entsorgen, Wert ablesen
- Kopfteil höher stellen
- Pflegeempfänger bequem bzw. nach Anordnung lagern und einbetten
- Ergebnis in der Pflegedokumentation mit einem "r" (für rektal) festhalten
- Thermometer reinigen bzw. desinfizieren und zurücklegen (Quecksilbersäule des Thermometers unter 36°C schütteln bzw. Anzeige auf 0°C stellen)

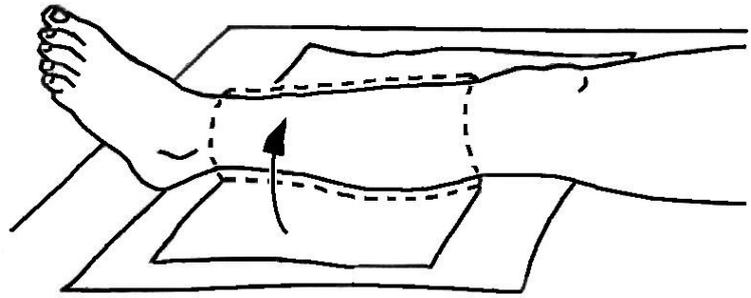
Unterstützung des Pflegeempfängers mit Fieber

- Pflegezimmer lüften (kein Durchzug), Licht und Lärm reduzieren
- Temperatur messen, insbesondere nach Erreichen der Fieberhöhe (Aufhören des Frostgefühls)
- Dem Pflegeempfänger evtl. einen feuchtkühlen Waschlappen auf die Stirne legen und ausreichend zu trinken geben
- Fiebersenkende Pflegemassnahmen nach Anordnung des beruflichen Pflegepersonals ausführen
- Bei der Körperpflege Dekubitus-, Thrombose- und Pneumonieprophylaxe beachten
- Pflegeempfänger in kürzeren Intervallen überwachen (Verwirrheitszustände)
- Bei raschem Fieberabfall häufigere Puls- und Blutdruckkontrolle mit dem beruflichen Pflegepersonal absprechen
- Bei Bedarf nass geschwitzte Bettwäsche sowie Nachthemd bzw. Schlafanzug wechseln (Erkältungsgefahr), nach dem Fieberabfall Pflegeempfänger waschen bzw. sich waschen lassen
- Urinmenge beobachten und Flüssigkeitsmenge entsprechend anpassen



Wadenwickel

- Material bereithalten (4 Wickeltücher, Becken mit mässig kaltem Wasser, evtl. mit Essig-Zusatz, Thermometer)
- Pflegeempfänger informieren
- Pflegeempfänger gegebenenfalls auf den Rücken lagern
- Körpertemperatur messen
- Die trocken bleibenden Wickeltücher anpassen und unter die Waden legen
- Die eigentlichen Wickeltücher in die Wickellösung tauchen und so auswringen, dass sie nicht mehr tropfen
- Feuchte Wickeltücher so anlegen und mit trockenen Wickeltüchern abdecken, dass sie oben und unten dicht anliegen, Pflegeempfänger nicht oder nur leicht (Bettbogen) zu decken, Wickel 8-10 Minuten belassen
- Wadenwickel nach 15-20 Minuten wiederholen, insgesamt 3-4 Mal
- Anschliessend 30 Minuten warten und Körpertemperatur kontrollieren
- Ganzen Vorgang wiederholen, solange das Fieber nicht um ca. 1°C gesunken ist, dabei Pflegeempfänger überwachen (Hautfarbe)
- Pflegeempfänger bequem bzw. nach Anordnung lagern und einbetten
- Massnahme sowie Ergebnis der Körpertemperaturmessungen in der Pflegedokumentation festhalten
- Thermometer reinigen, Quecksilbersäule des Thermometers unter 36°C schütteln bzw. Anzeige auf 0°C stellen
- Material zurücklegen



Wadenwickel

Persönliche Notizen zur ATL "Körpertemperatur regulieren"



10 Vitalfunktionen aufrechterhalten

10.1 Bedeutung der Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen

Nebst der Körpertemperatur sind Atmung, Puls und Blutdruck überlebenswichtige Vitalfunktionen, deren Beobachtung Teil der speziellen Beobachtungspunkte ist. Sie zeigen an, ob sich die drei unmittelbar lebenswichtigen Körperfunktionen (Bewusstsein; Atmung und Herz-Blutkreislauf) bedrohlich verändern. Wie bei der Körpertemperatur (T) sind auch bei Atmung (A), Puls (P) und Blutdruck (RR oder BD) die ermittelten Ergebnisse auf Normalwerte zu beziehen.

Jede schwere Störung der Atmung oder des Herz-Blutkreislaufs führt über den sich entwickelnden Sauerstoffmangel innerhalb weniger Minuten zu Störungen des Bewusstseins, weshalb bei jedem plötzlich nicht mehr ansprechbaren Pflegeempfänger der Arzt zu alarmieren ist. Eine sich zum Koma hin verschlechternde Bewusstseinslage führt ihrerseits zu einem Atem- und Herz-Kreislaufstillstand.

Bewusstsein ist eine komplexe, an verschiedene Hirnfunktionen gebundene Leistung. Unter einer normalen Bewusstseinslage wird die ungestörte Aufnahme und Verarbeitung von Wahrnehmungen und äusseren Reizen verstanden. Bei klarem Bewusstsein ist der Pflegeempfänger ansprechbar, zeitlich und räumlich sowie zur eigenen Person orientiert.

Neben den drei unmittelbar lebenswichtigen Körperfunktionen gibt es noch eine Anzahl nachgeordneter Funktionskreise (z.B. Stoffwechsel, Wasser-Elektrolyt-, Säure-Basen- und Wärmehaushalt), deren Entgleisung ebenfalls zum Notfall führen kann.

In der Krankenpflege werden die Vitalwerte auf Anordnung des Arztes oder des beruflichen Pflegepersonals überprüft. In besonderen Situationen (sich verschlechternder Zustand, Schmerzen, Erbrechen usw.) sollen die Vitalwerte auch ohne Anordnung ermittelt werden. Massnahmen bei unmittelbarer Lebensgefahr werden gemäss dem generellen Vorgehen (ABCD-Schema für Laien-Ersthelfer) spontan getroffen (siehe Anhang 2). Hierbei ist das interne Alarmierungssystem der jeweiligen Pflegeinstitution zu beachten.

Bei älteren Menschen ist das Herz weniger leistungsfähig und die Gefässwände haben an Elastizität verloren, was bei Anstrengung oder Aufregung zu einer schlechteren Sauerstoffversorgung führt. Auch die Atmung kann bei Anstrengungen erschwert sein. Es können mehrere Funktionskreise gleichzeitig dauernd in ihrer Leistung und Leistungsreserve eingeschränkt sein. Oft werden bei älteren Pflegeempfängern deren Vitalwerte vor jeder Mobilisation grundsätzlich überprüft.



10.2 Beobachtungspunkte und Normwerte für wichtige Vitalfunktionen

Bewusstseinsstörungen

Bewusstseinsstörung	Beschreibung
- Apathie	keine Teilnahme an den Vorgängen im Umfeld
- Benommenheit	verlangsamte Denkabläufe und Reaktionen
- Somnolenz	desorientiert, unpräzise Reaktionen
- Sopor	mittels starken Reizen kurzzeitig weckbar, ungezielte Reaktionen
- Koma	nicht weckbar, keine Reaktionen (vergleichbar mit einer Narkose)

Beobachtungspunkte und Normwerte für die Atmung

Normalfrequenzen im Ruhezustand

- Erwachsener	10-20 Atemstösse/Min
- Kind	15-25 Atemstösse/Min
- Kleinkind	20-30 Atemstösse/Min
- Neugeborenes	20-40 Atemstösse/Min

Beobachtungspunkte und Normwerte für den Puls

Normalfrequenzen im Ruhezustand

- Erwachsener	60-80 Schläge/Min
- Kind	80-100 Schläge/Min
- Kleinkind	100-120 Schläge/Min
- Neugeborenes	120-150 Schläge/Min

Beobachtungspunkte und Normwerte für den Blutdruck

Normalfrequenzen nach ca. 10 Min Ruhe

	oberer Blutdruck	unterer Blutdruck
- Erwachsener	110-140 mmHg	70-90 mmHg
- Kind	100-130 mmHg	50-80 mmHg
- Kleinkind	75-120 mmHg	50-80 mmHg
- Neugeborenes	65-75 mmHg	35-45 mmHg

10.3 Ermitteln der Werte für Atmung, Puls und Blutdruck

Ermitteln der Atemfrequenz

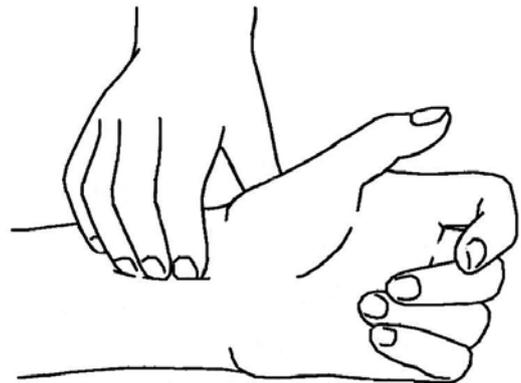
Die Atmung (Respiration) dient der Versorgung des Körpers mit Sauerstoff und dem Abtransport von Kohlendioxyd. Bei der Brustatmung hebt und senkt sich der Brustkorb, bei der Bauchatmung hingegen vorwiegend die Bauchmuskulatur. Die Atmung kann hinsichtlich Frequenz, Rhythmus (regelmässig, unregelmässig), Tiefe, Geräusche (Pfeifen, Ras-seln, Röcheln) sowie Behinderung beim Ein- und Ausatmen beobachtet werden. Da die

Atmung bis zu einem gewissen Grad willentlich beeinflusst werden kann, erfolgt deren Kontrolle am besten unmittelbar vor oder nach der Kontrolle des Pulses.

- Handgelenk wie zur Kontrolle des Pulses ergreifen
- Atemstöße (Ein- und Ausatmen = 1 Atemstoss) durch Beobachten der Atembewegungen (z.B. Heben und Senken von Oberkörper, Mundstellung) während 1 Minute zählen und beobachten (evtl. während 30 Sekunden zählen und Resultat verdoppeln)
- Atemtätigkeit auch bezüglich der übrigen Beobachtungspunkte beurteilen
- Ergebnisse in der Pflegedokumentation festhalten (A)

Ermitteln der Pulsfrequenz

Der Puls ist eine Druckwelle, die durch die Kontraktion des Herzens ausgelöst wird. Er kann durch leichte Komprimierung einer oberflächlich verlaufenden Schlagader gegen einen darunter liegenden Knochen mit den Fingerkuppen ertastet werden. Normalerweise wird der Puls an der Speichenschlagader ermittelt. Er kann bezüglich Frequenz, Rhythmus (regelmässig, unregelmässig) und Stärke (kräftig, schwach) beobachtet werden. Die weitergehende Interpretation des Pulses ist Sache des beruflichen Pflegepersonals.



Ermitteln der Pulsfrequenz

- Pflegeempfänger orientieren und auffordern, den Arm entspannt zu lagern
- Fingerkuppen von Zeige-, Mittel- und Ringfinger mit leichtem Druck zwischen Speiche und Sehnenstrang der Handinnenseite auflegen, Daumen leicht abspreizen (Speichenschlagader- bzw. Radialispuls)
bzw. (falls der Radialispuls nicht fühlbar ist):
Fingerkuppen von Zeige-, Mittel- und Ringfinger mit leichtem Druck in der weichen Mulde zwischen Schildknorpel (Adamsapfel) und Halsmuskulatur - etwas unterhalb des Kieferwinkels - auflegen, Daumen leicht abspreizen (Halsschlagader- bzw. Karotispuls)
- Sobald Puls sicher gefühlt wird, Pulsschläge während 30 Sekunden zählen und Resultat verdoppeln (bei unregelmässigem Puls während 1 Minute zählen)
- Puls auch bezüglich der übrigen Beobachtungspunkte beurteilen
- Ergebnisse in der Pflegedokumentation festhalten (P)

Ermitteln der Blutdruckwerte mit dem Blutdruckmessapparat nach Riva-Rocci (RR)

Der Blutdruck ist der Druck, den das strömende Blut auf die Wände der Schlagadern ausübt. Er ist abhängig von der Herzkraft, dem Strömungswiderstand der Blutgefässe und der zirkulierenden Blutmenge. Der Blutdruck wird in mmHg (Höhe einer Quecksilbersäule) ermittelt. Es wird unterschieden:

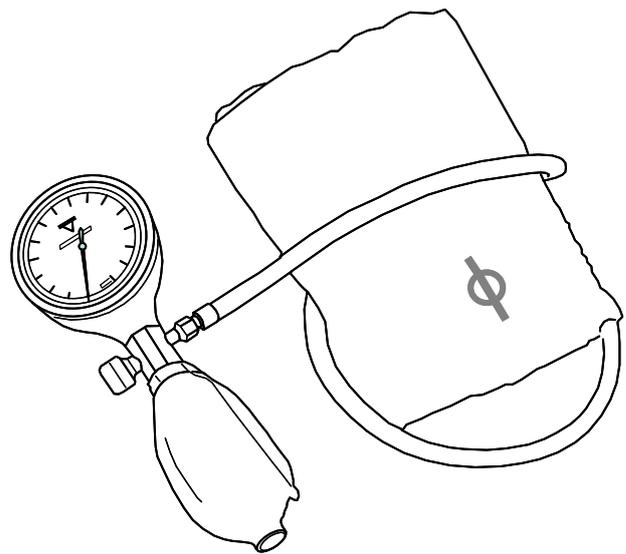
- Oberer Blutdruckwert (systolischer, zum Zeitpunkt der Kontraktion des Herzens)
- Unterer Blutdruckwert (diastolischer, zum Zeitpunkt der Erschlaffung des Herzens)

Nebst dem Blutdruckmessapparat nach Riva-Rocci (RR) stehen auch elektronische Blutdruckmessgeräte zur Verfügung, für die kein Stethoskop benötigt wird und die oft gleichzeitig auch den Puls bestimmen. Fortlaufende Blutdruckmessungen müssen unter



denselben Bedingungen stattfinden (gleicher Blutdruckmessapparat, gleiche Position des Pflegeempfängers).

- Pflegeempfänger bequem lagern und Ruhepause einhalten lassen
- Luftleere Blutdruckmanschette am entblößten Oberarm knapp oberhalb der Ellenbeuge satt anlegen und fixieren
- Ventil des Blutdruckmessapparates schliessen
- Ohrlöcher des Stethoskops in die eigenen Gehörgänge einsetzen
- Blutdruckmanschette aufblasen, bis kein Radialispuls mehr spürbar ist, dann Druck um ca. 30 mmHg erhöhen
- Zum Abhören der Oberarmschlagader Hörmembrane des Stethoskops in der Ellenbeuge des gestreckten Arms auflegen (nicht unter die Manschette legen)
- Manschettendruck durch langsames Öffnen des Ventils reduzieren
- Druckwert beim ersten Klopfen, der mit dem Stethoskop zu hören ist, ablesen (systolischer/oberer Wert)
- Manschettendruck langsam weiter reduzieren
- Druckwert beim Verschwinden der Klopföne im Stethoskop ablesen (diastolischer/unterer Wert)
- Restluft aus der Manschette entweichen lassen, evtl. Messung wiederholen, Manschette abnehmen
- Ergebnisse in der Pflegedokumentation festhalten (RR oder BD, als Bruch notiert)



Blutdruckmessapparat

10.4 Unterstützung des Pflegeempfängers bei Störungen des Atmungs- und des Herz-Kreislaufsystems

Unterstützung des ansprechbaren Pflegeempfängers mit Atemnot

- Dem Pflegeempfänger raten, den Oberkörper hoch zu lagern und möglichst wenig zu sprechen
- Beengende Kleidungsstücke öffnen, für Frischluft sorgen
- Pflegeempfänger beruhigen
- Pflegeempfänger permanent überwachen, auf Zyanose (Blaufärbung an Lippen, Wangen und Fingernägeln) sowie auf Atemgeräusche achten

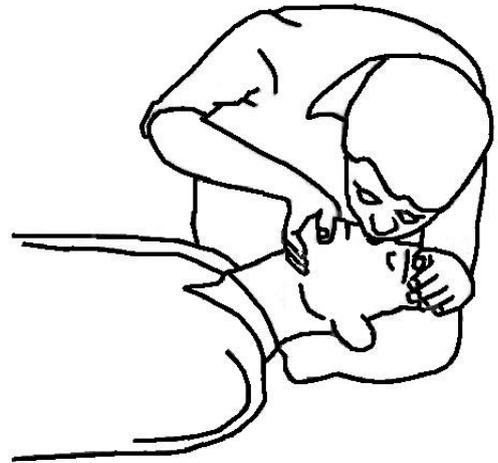
Massnahmen beim stark benommenen oder bewusstlosen Pflegeempfänger mit vorhandener Atmung

- Zugewandten Arm gegen 90° abspreizen, andern Arm auf die Brust legen

- Pflegeempfänger an Schulter und Hüften anfassen und gleichmässig und vorsichtig zu sich drehen
- Oben liegendes Bein anwinkeln und oben liegenden Arm so lagern, dass der Vorderarm parallel zum Körper auf dem Boden liegt
- Kopf sorgfältig nach hinten strecken, Gesicht schräg nach unten drehen (freier Abfluss aus dem Mund)
- Dem Pflegeempfänger nichts zu trinken geben
- Pflegeempfänger überwachen (Atmung!)

Freimachen der Atemwege und Beatmen von bewusstlosen Pflegeempfängern ohne spontane Lebenszeichen

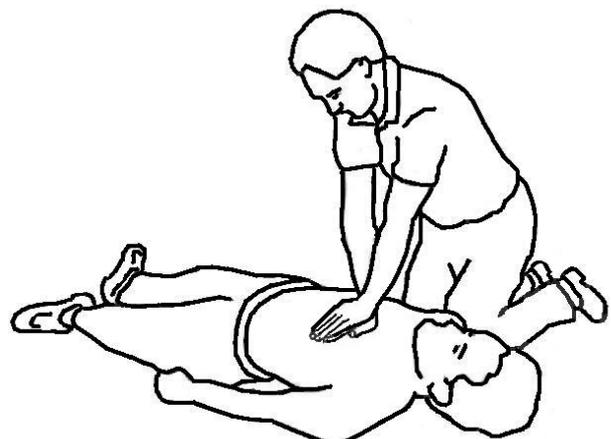
- Halswirbelsäule vor plötzlichen, starken Bewegungen des Kopfes nach der Seite oder nach vorne schützen
- Pflegeempfänger auf den Rücken lagern, beeengende Kleidungsstücke öffnen
- Mund ausräumen, d.h. Fremdkörper (z.B. lose Zahnprothesen) oder Erbrochenes mit den Fingern aus dem Mund- und Rachenraum entfernen
- Kopf nach hinten strecken
- Kinn anheben (Unterkiefer nach oben drücken)
- Neben die Schulter des Pflegeempfängers knien, dessen Arme an den Oberkörper legen
- Stellung des Kopfes und des Kinns überprüfen
- Mund des Pflegeempfängers mit Daumendruck gegen die Unterlippe geschlossen halten
- Mund über die Nase bringen, mit den Lippen ringsum abdichten (Naseneingang nicht abklemmen)
- 2 Beatmungsstösse in die Nase blasen, hierbei Wirksamkeit kontrollieren (Atembewegungen des Brustkorbes mit Hand und Auge, ausströmende Luft mit dem Ohr)
- Kontrollieren, ob Eigenatmung wieder einsetzt



Beatmen

Äussere Herzmassage bei bewusstlosen Pflegeempfängern ohne spontane Lebenszeichen (Erwachsene und Kinder über 8 Jahre)

Die kardiopulmonale Reanimation (CPR) setzt sich aus 15 Kompressionen im Wechsel mit 2 Beatmungsstössen so zusammen, dass pro Minute 4 solcher Zyklen erreicht werden. Nach der ersten und dann immer nach 5 Minuten wird der Puls kontrolliert. Die kardiopulmonale Reanimation wird so lange ausgeführt, bis



Äussere Herzmassage



Atmung und Kreislauf (Puls) wieder einsetzen oder der Tod durch den Arzt festgestellt wird.

- Pflegeempfänger auf eine flache und feste Unterlage lagern, Brustkorb wenn möglich entblößen
- Neben die Schulter des Pflegeempfängers knien
- Druckstelle bestimmen (auf der unteren Hälfte des Brustbeins, 2 Querfinger oberhalb des Rippenwinkels)
- Handballen auf die Druckstelle legen (Hand quer zum Brustbein), andere Hand parallel auf den Rücken der ersten Hand legen, ohne mit den Fingern einen Druck auf die Rippen auszuüben
- Arme gestreckt und senkrecht halten und Gewicht des eigenen Oberkörpers einsetzen
- Brustbein kräftig und gleichmässig 4-5 cm tief eindrücken und danach rasch und vollständig entlasten, ohne die Hände vollständig von der Brust abzuheben (Kompressionsphase gleich lang wie Entlastungsphase)

Persönliche Notizen zur ATL "Vitalfunktionen aufrechterhalten"



11 Sinn finden, sterben

11.1 Bedeutung der Sinnfindung, Prozess des Sterbens

Im Rahmen der Grundbedürfnisse beinhaltet das Bedürfnis nach Selbstentfaltung auch die persönliche Sinnfindung. Die meisten Menschen haben das Bedürfnis, ihr Leben als sinnerfüllt zu erfahren. Dabei muss jeder Mensch die Grundfragen des Menschseins für sich selber beantworten. Lebenssinn kann nicht einfach von anderen übernommen werden. Religionen bieten auf diesem persönlichen Weg ihre Hilfe an.

Sinnkrisen gehören zur natürlichen Entwicklung des Menschen. Werden sie als Chancen genutzt, können sie Schritte zu einem bewussten, sinnerfüllteren Leben sein. Krankheiten und Gebrechen können solche Sinnkrisen auslösen, Krankheiten insbesondere dann, wenn sie als unheilbar eingestuft werden müssen oder zum Prozess des Sterbens führen.

Jeder Mensch hat ein Recht, sich auf seine Art mit Tod und Sterben auseinanderzusetzen. Im Prozess des Sterbens löst sich der Mensch aus den Bindungen, die bisher sein Leben bestimmt haben. Seelisches Leiden kann bestehende Schmerzen noch verstärken. Sobald ein Mensch erfährt oder spürt, dass er sterben wird, durchlebt er verschiedene Phasen:

- In der Phase des Nicht-wahrhaben-Wollens reagiert der betroffene Mensch mit der Illusion von Gesundheit und Wohlbefinden und schmiedet demonstrativ Zukunftspläne.
- In der Phase der Auflehnung sucht der betroffene Mensch Schuldige für seinen ernsten Zustand und kann - sofern er Zorn und Ärger nicht unterdrückt - Angehörige und Pflegenden beschimpfen.
- In der Phase des Verhandeln feilscht der betroffene Mensch einerseits z.B. mit Gott um einen Aufschub, beginnt andererseits jedoch, Privates zu regeln.
- In der Phase des Realisierens setzen beim betroffenen Menschen Trauer und die Hoffnung auf einen gnädigen Sterbeprozess ein. Wenn der Sterbende die Phase des Verhandeln mit Bitterkeit erlebt hat, können aber auch Verzweiflung und Depression bestimmend sein.
- In der Phase der Annahme stimmt der betroffene Mensch seinem Schicksal zu und ist meist müde und schwach. Wenn er in der Phase des Realisierens seine Trauerarbeit leisten können, wächst das Bedürfnis nach Ruhe und Schlaf.

Die aufgezeigten Sterbephasen verlaufen nicht linear und nicht bei jedem Menschen gleich. Unter Umständen werden einzelne Phasen nicht durchlebt. Angehörige und Pflegenden durchleben ebenfalls verschiedene Phasen, ähnlich denen des Sterbenden. Bei Angehörigen können noch lange Zeit z.B. am Todestag oder an bestimmten Feiertagen wieder Momente der Traurigkeit oder des Zorns auftreten.

Die Pflege von Sterbenden ist eine intensive Zeit, die Erfahrungen ermöglicht, die weit über das Alltägliche hinausgehen. Angehörige und Pflegenden, die Sterbende durch den Prozess des Sterbens begleiten, werden unweigerlich mit dem eigenen, unausweichlichen Tod konfrontiert. Eigene Gefühle wie Hilflosigkeit, Traurigkeit, Ohnmacht, Überforderung sind normal und werden mit Vorteil im Pflorgeteam zur Sprache gebracht.



11.2 Merkmale zur Pflege von sterbenden Pflegeempfängern

- *Schwergewicht auf die so genannte palliative Pflege legen, d.h. auf Pflege, die lindert sowie Geborgenheit und Sicherheit vermittelt*
- *Pflegemassnahmen noch konsequenter auf die Wünsche und Bedürfnisse des Sterbenden ausrichten (z.B. Verzicht auf Diäten, Reduktion der Trinkmenge), spezielle Wünsche (z.B. gedämpftes Licht) berücksichtigen, bisherige Lebensgewohnheiten im Übrigen aufrechterhalten*
- *Beim Eingeben von Essen besonders vorsichtig vorgehen (kleinste Mengen) und auf Schluckbeschwerden achten*
- *Auf Aktivierung verzichten, ohne den Eindruck aufkommen zu lassen, den Sterbenden "abgeschrieben" zu haben, ihn so weit wie möglich am alltäglichen Leben teilhaben lassen*
- *Auf die Würde des Sterbenden achten, sich ruhig verhalten, jedoch normal kommunizieren (nicht flüstern)*
- *Den Sterbenden über Pflegemassnahmen informieren, auch wenn er nicht mehr ansprechbar ist*
- *Über längere Zeitabschnitte am Pflegebett verweilen, wenn der Sterbende dies wünscht, dabei Redseligkeit oder gar Besserwisserei vermeiden*
- *Dem Sterbenden auf Wunsch bei der Regelung privater Angelegenheiten behilflich sein, dabei Schweigepflicht beachten, letzte Wünsche nach den Regelungen der Pflegeinstitution hinterlegen*
- *Einbezug der Angehörigen (z.B. Sitzwache) entsprechend den Regelungen der Pflegeinstitution berücksichtigen, unerwünschte Besuche einschränken*
- *Allfällige Zornesausbrüche des Sterbenden nicht persönlich nehmen*
- *Geäusserte Schmerzen, verursacht z.B. durch Krankheiten oder durch langes, unbewegliches Liegen, ernst nehmen und an das berufliche Pflegepersonal weiterleiten*



11.3 Unterstützung des sterbenden Pflegeempfängers

Spezielle Aspekte bei der Körperpflege

- Körperpflege konsequenter in Etappen und zu zweit ausführen, Einlagen verwenden, falls Stuhl und Urin nicht mehr gehalten werden können
- Zahnprothesen am besten entfernen
- Mundhöhle mittels feuchtem Tupfer oder Eiswürfel vor dem Austrocknen schützen
- Lippen mit Pomadenstift oder Befeuchten vor schmerzhaften Rissen bzw. vor dem Austrocknen schützen (spezielle Mundpflege)

- Augen mit Augentropfen vor dem Austrocknen schützen, wenn der Pflegeempfänger ohne Lidschlag ist (spezielle Augenpflege)
- Pflegeempfänger gut beobachten, um das Herannahen des Todes zu erkennen (anormaler Puls, Blutdruckabfall, anormale Atmung, steigende, später evtl. sinkende Temperatur, kalter Schweiß, unregelmässige oder zeitweise aussetzende Atmung), berufliches Pflegepersonal verständigen

11.4 Unterstützung nach Eintritt des Todes

Pflegerische Versorgung des Verstorbenen

- Schild "Keine Besuche" an der Türe zum Sterbezimmer anbringen
- Vor Eintritt der Leichenstarre (ca. 1 Stunde nach dem Tode) gegebenenfalls Kopfteil flach stellen und Kissen (ausser evtl. einem kleinen Kopfkissen) entfernen, Arme an den Körper legen, Augen durch Auflegen eines feuchten Gazetupfers schliessen, allfällige Zahnprothesen einsetzen sowie Unterkiefer hochbinden oder mit einem zusammenge-rollten Tuch stützen
- Bezüglich Sonden, Drainagen, Katheter, Infusionen usw. das berufliche Pflegepersonal entscheiden lassen
- Den Verstorbenen waschen, rasieren, kämmen und anziehen (beachte: Einweghandschuhe), Bettschutz unter den Intimbereich legen und Leichnam mit einem Leintuch bis zum Hals bedecken
- Nach den Regelungen der Pflegeinstitution abgenommene Wertgegenstände inventarisiert in Verwahrung geben sowie Identifikationsetikette mit Name, Zeit und Datum des Todes am Fuss des Verstorbenen befestigen
- Bett evtl. mit Blumen schmücken
- Verstorbenen zum Aufbewahrungsraum transportieren (Korridore möglichst leer, Lift bereit)



Persönliche Notizen zur ATL "Sinn finden, sterben"

Anhang 1

1. Begriffe aus dem Bereich der Hygiene

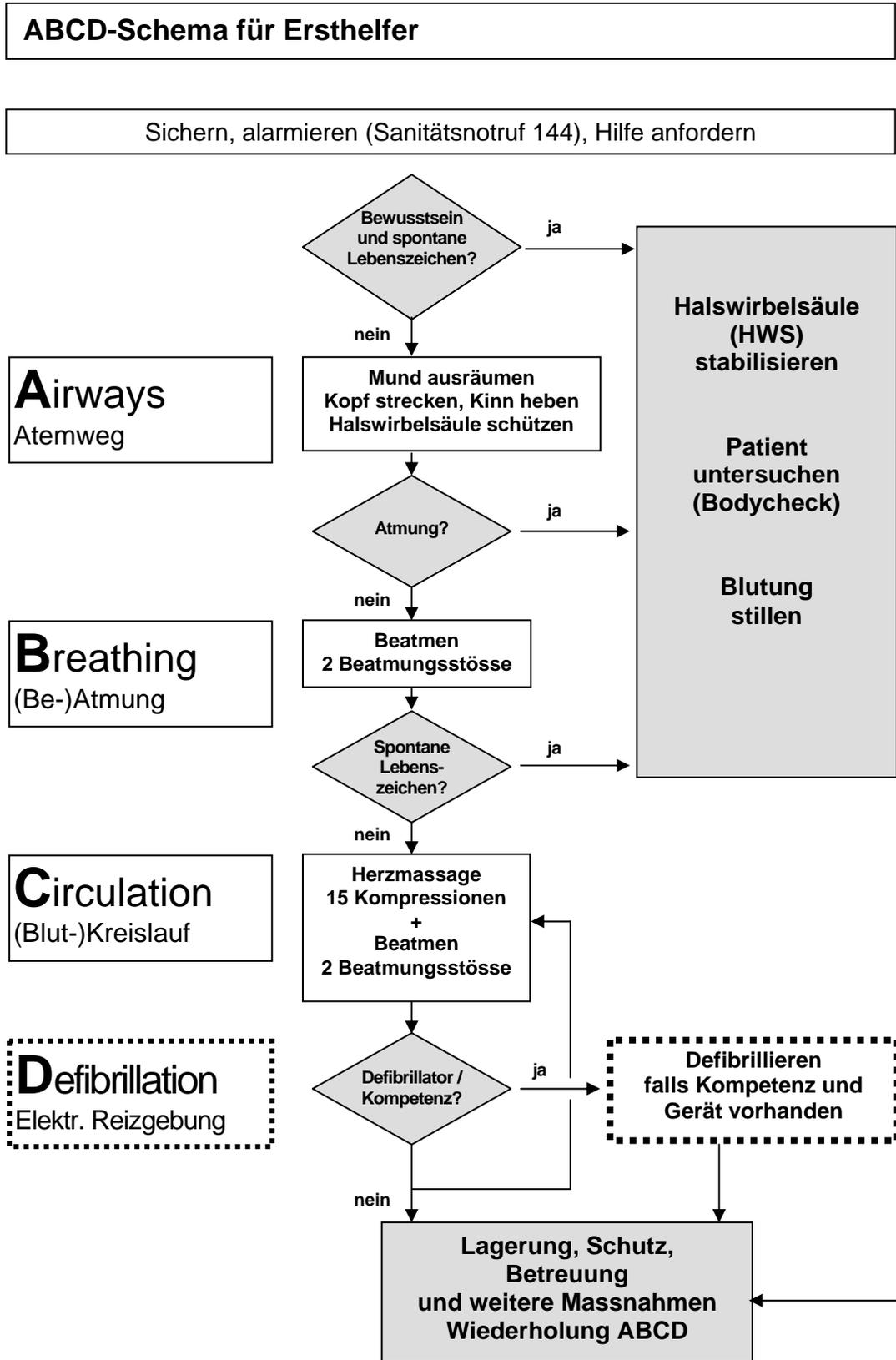
Als Infektionen wird das Eindringen von krankmachenden Keimen in den Organismus bezeichnet, wobei Art und Schwere der nachfolgenden Erkrankung in erster Linie von der Infektionskraft, der Vermehrungsfähigkeit und den Eigenschaften der Keime abhängen.

Die Infektionsquelle kann in der Umgebung oder beim Pflegeempfänger selber (Autoinfektion) liegen. Der Infektionsweg kann direkt vom erkrankten zum gesunden Menschen oder indirekt über gesunde Menschen, Instrumente, Nahrungsmittel, Medikamente, Tiere, Staub usw. führen. Es werden lokale Infektionen (z.B. Abszesse) und generalisierte Infektionen (z.B. Windpocken, Masern) unterschieden.

Hygiene	Lehre von der Verhütung von Krankheiten und der Erhaltung und Festigung der Gesundheit
Hygienemassnahmen	Im Wesentlichen: <ul style="list-style-type: none">- Reinigung- Desinfektion- Sterilisation
Reinigung	Massnahme, mit welcher bereits durch die mechanische Wirkung eine beträchtliche Reduktion der Keime an Personen, Material und festen Einrichtungen erreicht werden kann
Desinfektion	Versetzen bestimmter Körperbereiche von Personen sowie von Material und festen Einrichtungen in einen Zustand, in welchem diese für eine beschränkte Zeit keine krankmachenden Keime mehr abgeben können
Desinfektionsmethoden	Physikalische Desinfektionsmethoden: <ul style="list-style-type: none">- Heissluft- UV-Strahlen Chemische Desinfektionsmethoden: <ul style="list-style-type: none">- Säuren- Laugen- Oxidationsmittel- Formaldehyd- Aldehyde
Sterilisation	Vernichtung oder Beseitigung aller lebenden Mikroorganismen einschliesslich ihrer Dauerformen (Sporen) für eine gewisse Zeit. Menschliche Haut sowie hitzeempfindliche Gegenstände können nicht sterilisiert, sondern nur desinfiziert werden. Gewöhnliches Auskochen bewirkt nur eine Desinfektion, da bestimmte Sporen nicht abgetötet werden (z.B. Tetanus).
Sterilisationsverfahren	Im Wesentlichen: <ul style="list-style-type: none">- Dampfsterilisation- Heissluftsterilisation- Gassterilisation



2. ABCD-Schema für Ersthelfer



Sachregister

(mit Angabe der Seitenzahl)

A

ABCD-Schema für Laien-Ersthelfer 61
Aktivitäten des täglichen Lebens 9
An- und Entkleiden 43
Anheben des Pflegeempfängers am Gesäss 22
Aspiration 47
Atemfrequenz 62
Atemnot 64
Atmung 62
Aufsetzen des Pflegeempfängers im Pflegebett
22, 24
Ausscheidung 49, 51
Auswurf 49, 51

B

Beatmen 65
Benommenheit 64
Beobachtungspunkte, allgemeine 12
Beobachtungspunkte, spezielle 49, 55, 61
Bettdecke 22
Betteinlage 22
Bettlägerigkeit, längere 30
Bewegung 29
Bewusstlosigkeit 64
Bewusstseinsstörungen 62
Blutdruck 62, 63
Blutdruckmessapparat 63

D

Dekubitus 30
Dekubitusprophylaxe 31, 57
Drehen des Pflegeempfängers auf die Seite 22,
23

E

Einbinden der Beine 33
Einwegwäsche 22
Erbrechen 49, 51, 53

F

Feindesinfektionsmittel 12
Fieber 55, 57
Flüssigkeitsbedarf 45
Flüssigkeitsbilanz 45, 55
Freimachen der Atemwege 65
Führen des Pflegeempfängers 35
Führen im Rollstuhl 35

G

Ganzwäsche 41
Gehhilfen 32
Gelenkversteifung 30, 31
Gesundheit 9
Grobdesinfektionsmittel 12
Grundbedürfnisse des Menschen 9

H

Händedesinfektion 13
Händewaschen 13
Hebe- und Tragtechnik 14
Heraussetzen an den Bettrand 34
Heraussetzen aus dem Pflegebett 34
Herzmassage, äussere 65
Hilfsmittel für das Ankleiden 40
Hilfsmittel für das Essen und Trinken 46
Hilfsmittel für die Körperpflege 40
Hinaufrutschen des Pflegeempfängers im
Pflegebett 22, 24
Hochlagerung der Beine 29
Hochlagerung des Oberkörpers 29
Hörbehinderung 18
Hygiene 12
Hygiene, persönliche 13
Hygieneplan 13

I

Inkontinenz 49
Intimpflege 39, 42

K

Keime, krankmachende 12, 31, 39, 46, 55
Kinästhetik 29
Kleidung 39
Kommunikation 17
Kontrakturprophylaxe 31
Körperhaltung, rückschonende 14
Körperpflege 39, 70
Körpertemperatur 55
Körpertemperaturmessung 55, 56
Krankenbeobachtung 12
Krankenlagerung 21, 29, 31
Krankenpflegeprozess 10

L

Lagerungshilfsmittel 30
Lungenentzündung 30, 31



M

Medikamente 45
Mobilisation 30

N

Nachtdienst 10
Nahrungsaufnahme 45

P

Pflege, palliative 70
Pflege, sichere 11
Pflegerbericht 12
Pflegerbett 21
Pflegedokumentation 12
Pflegetypen 9
Pflegetypenplan 12
Pflegetypenbericht 10
Pflegetypenstandards 10
Pflegetypensysteme 10
Pflegetypenverständnis 9
Pflegetypenziel 12
Pneumonie 30
Pneumonieprophylaxe 31, 57
Puls 62, 63
Pulsfrequenz 63

R

Rechte des Pflegeempfängers 11
Reichen der Bettschüssel 52
Reichen der Urinflasche 52
Rückenlagerung 29
Ruhe 21
Ruhigstellung 30

S

Schlaf 21

Schlafstörungen 21
Schüttelfrost 55
Schweigepflicht 11
Sehbehinderung 19
Seitenlagerung (30-Grad) 31, 33
Sinnfindung 69
Sprachbehinderung 18
Sterbeprozess 69
Stoffeinlage 22
Stuhl 49, 50

T

Thermometer 56
Thrombose 31
Thromboseprophylaxe 31, 57
Tragen von Handschuhen 13

U

Urin 49, 50

V

Venenentzündung 30
Verschlucken 47
Vitalfunktionen 61, 62

W

Wadenwickel 58
Wechseln der Bettwäsche 25
Wundliegen 30

Z

Zahn- und Mundpflege 39
Zahnprothesen 42
Zurückbringen ins Pflegerbett 35