

Helfende Mittel

9

Wann immer von Dekubitusprophylaxe oder -therapie gesprochen oder geschrieben wird, ist von Hilfsmitteln die Rede. Unbestritten spielen Hilfsmittel im Dekubitusmanagement eine wichtige Rolle.

Um dieser Rolle gerecht zu werden, müssen die als Hilfsmittel eingesetzten Produkte bestimmte Anforderungen der Pflegebedürftigen und der individuellen Versorgungssituation erfüllen. Sie müssen nicht zuletzt den hygienischen Erfordernissen eines Einsatzes in der ambulanten wie stationären Pflege, also im medizinisch-pflegerischen Bereich, Rechnung tragen.

9.1 Der Hilfsmittel-Begriff

Der Hilfsmittel-Begriff wird im Zusammenhang mit dem Dekubitusmanagement gerne ausschließlich für Liegehilfen verwendet. Dabei können und sollten „helfende Mittel“ eine Reihe anderer pflegerischer Maßnahmen, die über das Liegen hinausgehen, im Rahmen des Dekubitusmanagements unterstützen:

Helfende Mittel zum Dekubitusmanagement gehören zur medizinischen Behandlungspflege. Sie

- ▶ sind erforderlich, um eine drohende Krankheit frühzeitig zu erkennen und den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern,
- ▶ gleichen eine Behinderung aus, die in der mangelnden, wenn nicht gar fehlenden Mobilität und im Verlust der Fähigkeit zu eigenständigen Positionswechseln besteht, und
- ▶ beugen einer drohenden Behinderung vor, in dem ihr Einsatz hilft, einen Dekubitus zu verhindern oder die Schwere seines Verlaufs und damit eine drohende Behinderung zu verringern bzw. zu vermeiden.

Bei allen Diskussionen um das Thema Hilfsmittel darf nicht außer Acht gelassen werden, was Hilfsmittel ihrer Bedeutung und Verwendung nach tatsächlich sind:

Hilfsmittel sind keine Allheilmittel des Dekubitusmanagements. Sie sind „helfende Mittel“, die Sie bei der Umsetzung vieler verschiedener Maßnahmen des Dekubitusmanagements unterstützen können und sollten. Sie ersetzen weder eine dem aktuellen Stand medizinisch-pflegerischer Wissenschaft und Technik entsprechende Bewegungs- und Mobilitätsförderung noch andere Maßnahmen des Dekubitusmanagements.

Wann immer Ihnen in Ihrer täglichen Arbeit Schwierigkeiten bei der Umsetzung des aktuellen Stands medizinisch-pflegerischer Wissenschaft und Technik begegnen, treten Sie einen Schritt zurück, atmen kurz durch und überlegen, was Ihnen helfen könnte.

Sicherung des Behandlungserfolgs, Ausgleich mangelnder Mobilität und Bewegungsfähigkeit, Vorbeugung einer drohenden Behinderung

WICHTIG!

PRAXISTIPP

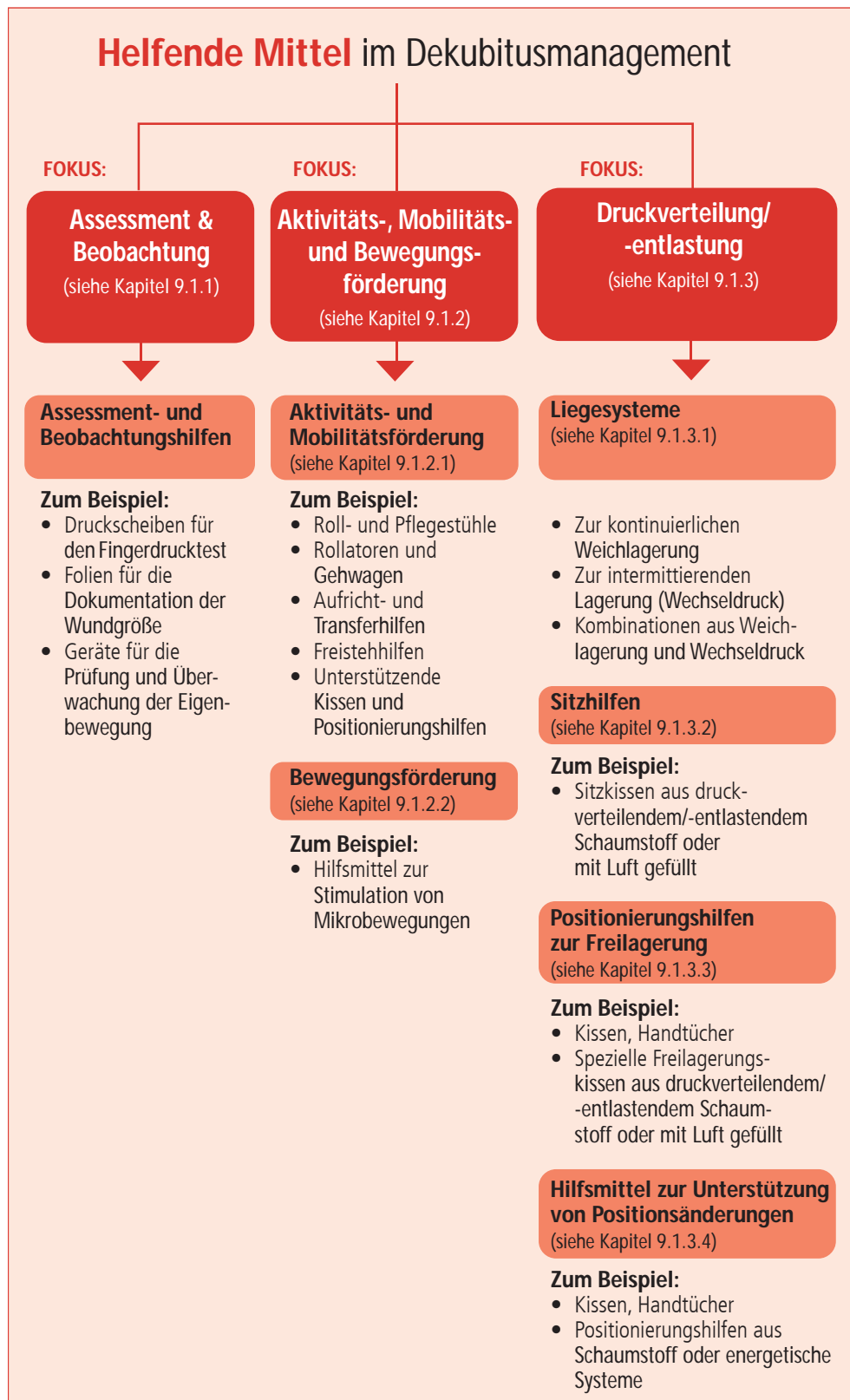


Abb. 9.1-1

Begriffsbestimmung Helfende Mittel

Denken Sie beim Thema Hilfsmittel nicht nur an Liegesysteme. Oft sind es schon die kleinen Dinge, ein Stück Plexiglas, eine sterile Folie oder ein gerolltes Handtuch zum Beispiel, die Ihnen und Ihren Pflegebedürftigen helfen können.

PRAXISTIPP

Zu den helfenden Mitteln, die hier näher betrachtet werden sollen, gehören:

- ▶ Assessment- und Beobachtungshilfen
- ▶ Hilfsmittel zur Aktivitäts-, Bewegungs- und Mobilitätsförderung
- ▶ Hilfsmittel zur Druckverteilung/-entlastung
 - ▷ Liegesysteme
 - ▷ Sitzhilfen
 - ▷ Positionierungshilfen zur Freilagerung
 - ▷ Hilfsmittel zur Unterstützung von Positionsänderungen

9.1.1 Assessment- und Beobachtungshilfen

Die Bestimmung eines individuellen Dekubitusrisikos, die Abgrenzung eines Dekubitus von anderen Hautschädigungen, die Dokumentation der Größe eines Dekubitus, seine Klassifizierung und die Beurteilung seines Verlaufs sind nicht immer leicht.

Neben Erhebungsbögen, zum Beispiel vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) und vom Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed), kann Ihnen eine Reihe weiterer Assessment- und Beobachtungshilfen die Arbeit erleichtern.

Zum Beispiel wird für die Einschätzung, ob es sich bei einer Hautrötung um einen Dekubitus Grad I (NPUAP/EPUAP) oder um eine andere Hautschädigung handelt, der Fingerdrucktest empfohlen (EPUAP: PUCLAS 2, siehe Abb. 9.1-2). Kann die Rötung der Haut durch sanften Fingerdruck weggedrückt werden, wird sie also blass, liegt aktuell kein Gewebeschaden/Dekubitus Grad I (NPUAP/EPUAP) vor. Aber: „Ob eine Rötung blass wird oder nicht, ist manchmal schwer zu erkennen. Es kann schwierig sein, eine nachlassende von einer nicht nachlassenden Rötung zu unterscheiden, besonders wenn die Dauer der Revaskularisierung kurz ist.“ (EPUAP: PUCLAS 2, siehe Abb. 9.1-3 a und b)

Beispiel: Transparente Druckscheibe für den Fingerdrucktest



Abb. 9.1-2

Fingerdrucktest an einer Ferse

Quelle: EPUAP:
PUCLAS 2



Abb. 9.1-3 (a, b) Fingerdrucktest am Gesäß

Quelle: EPUAP: PUCLAS 2

Versuchen Sie es mit einer transparenten „Druckscheibe“, einem Stück Plexiglas oder anderem durchsichtigen Kunststoff. Wird die Druckscheibe mit den Fingern an den Seiten auf die Hautrötung gedrückt, ist die zu beobachtende Hautstelle sehr gut sichtbar.



Abb. 9.1-4 (a, b) Fingerdrucktest mit einer Druckscheibe

Quelle: EPUAP: PUCLAS 2

PRAXISTIPP

Achten Sie beim Einsatz einer Druckscheibe darauf, dass Sie

- ▶ nicht zu sanft drücken, weil dann die Rötung nicht nachlässt,
- ▶ nicht zu fest drücken, weil dann unter Umständen ein größerer Gewebeschaden entsteht.

Die Druckscheibe hilft Ihnen, den Druck zu vereinheitlichen. Verwenden Sie als Druckscheibe keine scharfkantigen Gegenstände. Reinigen und desinfizieren Sie die Druckscheibe nach dem Einsatz.

Beispiel: Folien zur Dokumentation der Wundgröße

Die genaue Beurteilung von Länge, Breite und Tiefe einer Dekubituswunde ist für die Wundbeschreibung, die Festlegung der medizinisch-pflegerischen Maßnahmen im Rahmen der Dekubitustherapie und die Beobachtung der Entwicklung des Verlaufs eines Dekubitus sehr wichtig. Ein einfaches Ausmessen der oberflächlich sichtbaren Hautschädigung ist dafür in der Regel nicht ausreichend. Wundhöhlen und Zerklüftungen sind oft nicht von außen erkennbar.

Wurde, zum Beispiel durch vorsichtiges Austasten und/oder Auslitern, die wahre Größe der Wunde bestimmt, können Länge, Breite und Tiefe in der Dokumentation wortreich beschrieben werden.

PRAXISTIPP

Einfacher und in der Regel aussagekräftiger ist es, Länge und Breite aufzuzeichnen. Legen Sie dazu eine sterile Folie auf die Wunde, zeichnen Sie darauf Länge und Breite ein und fotografieren beides zusammen mit einem Messinstrument. Das wahre Ausmaß eines Dekubitus wird so auch auf einem Foto deutlich. Ergänzen Sie in der Dokumentation noch Angaben zur Tiefe der Wunde. Wiederholen Sie dies regelmäßig, um den Wundverlauf zu dokumentieren.

Ein weiteres Beispiel für Assessment- und Beobachtungshilfen ist die Prüfung und Überwachung der Eigenbewegungen eines Pflegebedürftigen. Für die Einschätzung des Dekubitusrisikos und die Auswahl des richtigen Liegesystems sind Informationen über die Fähigkeit zu druckentlastenden Eigenbewegungen unabdingbar.

Beispiel: Geräte für die Prüfung und Überwachung der Eigenbewegungen

Jeder gesunde Mensch gleicht Druckspitzen, die beim Liegen unweigerlich entstehen, durch kleine, unbewusste Bewegungen aus. Verschiedene Gründe, nicht zuletzt Erkrankungen, Medikamente wie zum Beispiel Schmerzmittel, psychische Belastungen oder auch zu weiche Liegesysteme, können diese Eigenbewegungen reduzieren oder ganz ausschalten. Menschen, die tagsüber mobil und aktiv sind, bewegen sich nachts unter Umständen, zum Beispiel aufgrund eines verminderten Schmerzempfindens oder einer zu weichen Matratze, gar nicht.

Keine Pflegekraft hat in der stationären wie ambulanten Pflege die Zeit, sich regelmäßig, tagsüber und nachts, länger an das Bett eines Pflegebedürftigen zu setzen, um seine Fähigkeit zur Eigenbewegung zu beobachten. Hilfe bieten hier Geräte, mit denen die Bewegungen automatisch erfasst und dokumentiert werden können.



Abb. 9.1-5 (a-c) *Beispiel für ein Gerät zur Prüfung und Überwachung von Eigenbewegungen. Durch einen Sensor unter der Matratze werden Eigenbewegungen des Pflegebedürftigen automatisch erfasst und dokumentiert. Bei Bedarf kann bei ausbleibenden Bewegungen ein optisches Warnsignal ausgelöst werden.*

Quelle: a bis c – Carenetic GmbH Gummersbach (Bundesweites Dekubitusmanagement), compliant concept AG CH-Fehraltorf (smart solutions for an innovative care)

Geräte wie die oben abgebildete „Sensormatte“ erlauben die objektive, faktenbasierte Bestimmung von Eigenbewegungen und Mobilität. Für die Beurteilung eines Dekubitusrisikos bei Neuaufnahme bzw. Neueintritt eines Pflegebedürftigen, Rück-/Übernahme Betroffener aus einer Klinik oder Veränderungen des Gesundheitszustands eine wichtige, wenn nicht gar die wichtigste Information.

Darüber hinaus können derartige Systeme zur Beobachtung und Lagerung/Positionierung Betroffener mit besonders hohem Dekubitusrisiko oder mit vorhandenem Dekubitus eingesetzt werden. Lagerungs-/Positionierungsintervalle können patientenindividuell ausgewählt werden. Gekoppelt mit einem Warnsystem kommt ein Hinweis, wenn über ein Intervall hinweg keine oder zu wenige Eigenbewegungen erfolgten. Es kann dann ganz gezielt eine Positionierung stattfinden. Verhindert wird, dass gerade nachts zu häufige, unnötige Lagerungswechsel durchgeführt werden, die die Nachtruhe des Betroffenen stören. Verhindert wird aber auch, dass zu wenige Lagerungswechsel durchgeführt werden, wenn zum Beispiel aufgrund eines sehr anstrengenden Tages zu wenige Eigenbewegungen stattfinden.

PRAXISTIPP

9.1.2 Hilfsmittel zur Aktivitäts-, Mobilitäts- und Bewegungsförderung

Eine der wichtigsten Maßnahmen des Dekubitusmanagements ist die Erhaltung und Förderung von Aktivität, Mobilität und Eigenbewegung.

9.1.2.1 Hilfsmittel zur Aktivitäts- und Mobilitätsförderung

Pflegebedürftige, die mehr oder weniger aktiv am Leben teilnehmen, sich zum Beispiel mit anderen Heimbewohnern treffen oder mit ihren Angehörigen/Bezugspersonen auch mal das Bett und ihr Zimmer verlassen, sind weniger dekubitusgefährdet als völlig immobile, teilnahmslose Patienten. Es mag in einigen Fällen zutreffen, dass dem älteren und/oder kranken Menschen die Lust fehlt, sich aktiv zu beteiligen. Oft spielt jedoch eine Reihe anderer Faktoren eine Rolle. Einige davon lassen sich mit Unterstützung von Hilfsmitteln ausschalten oder zumindest in ihrer negativen Wirkung reduzieren.

WICHTIG!

Technische Hilfsmittel wie Rollstühle, Rollatoren und Gehwagen erlauben es dem Pflegebedürftigen, sich aktiver am Leben zu beteiligen. Aufricht- und Transferhilfen unterstützen Sie und die Angehörigen/Bezugspersonen beim Transfer vom Bett in den Roll- oder Pflegestuhl. Freistehhilfen führen zu einem deutlichen Positionswechsel.

Dafür müssen die Hilfsmittel auf den Mobilitätsgrad des Betroffenen und seine individuellen Eigenschaften wie Größe, Gewicht und Körperumfang abgestimmt sein. Nur ein passendes Hilfsmittel wird auch benutzt.

Darüber hinaus sind es auch hier manchmal die kleinen Dinge, mit denen sich eine Verbesserung der Aktivität und Mobilität erreichen lässt.

Eine Pflegebedürftige mit einem gebrochenen Arm bleibt vielleicht lieber den ganzen Tag im Bett, weil sie den Arm am Tisch oder im Pflegestuhl aus eigenen Kräften halten müsste und sie das überfordert. Einem Betroffenen, der zum Beispiel aufgrund einer Beinverletzung nicht laufen kann, fällt es unter Umständen schwer, sein verletztes Bein im Rollstuhl zu halten. Nach einer Beinamputation entsteht ein unangenehmes Gefühl beim Sitzen.

Richtig eingesetzte, druckverteilende/entlastende Positionierungshilfen erlauben es auch solchen Pflegebedürftigen, wieder aktiver am Leben teilzunehmen. Wird der Arm, das Bein oder der Stumpf von einem Kissen oder einer Schiene gehalten und unterstützt, werden Schmerzen reduziert und die Betroffenen nicht durch die Aktivierung und Mobilisierung überlastet. Sie sind eher bereit, das Bett zu verlassen. Wodurch sich wiederum Stück für Stück Aktivität, Mobilität und das eigene Befinden verbessern, das Dekubitusmanagement deutlich unterstützt wird.

Beispiel: Unterstützung beim Sitzen am Tisch oder im Rollstuhl



Abb. 9.1-6 (a–d) Beispiele für den Einsatz technischer Hilfsmittel zur Mobilitätsförderung in Kombination mit Lagerungs-/Positionierungshilfen: (a) Kissen und Kopf-/Nackensstütze beim Sitzen im Pflegestuhl, (b) Unterstützung eines verletzten/operierten Beins beim Sitzen im Rollstuhl, (c) Positionierung eines Beinstumpfes im Rollstuhl, (d) Unterstützung eines Arms im Bett, aber auch beim Sitzen am Tisch

Quelle: a bis d – Wulff Med Tec GmbH Fedderingen (Schaumstoffmatratzen und Positionierungshilfen), BG Unfallklinik Ludwigshafen, Positionierungskonzept Claudia Stork

Wenn Sie feststellen, dass sich Ihr Pflegebedürftiger nicht so bewegt oder nicht in dem Umfang am Leben teilnimmt, wie er es von seinem Gesundheitszustand her könnte, suchen Sie die Ursache. Oft reichen schon ein paar motivierende Worte und ein einfaches Hilfsmittel, den Bewegungswillen wieder herzustellen, Aktivität und Mobilität zu fördern und das allgemeine Befinden zu verbessern.

Achten Sie beim Transfer vom Bett in den Roll- oder Pflegestuhl auch darauf, dass er haut- und gewebeschonend erfolgt. Auch dafür stehen Hilfsmittel, zum Beispiel Gleitmatten und Transferlaken, Aufricht- und Hebehilfen zur Verfügung. Durch ihren Einsatz wird nicht nur ein Dekubitus infolge von Scherkräften beim Transfer verhindert bzw. sein Risiko minimiert. Diese Hilfsmittel entlasten auch die am Transfer beteiligten Pflegekräfte, Angehörigen und/oder Bezugspersonen.

PRAXISTIPP



Abb. 9.1-7 (a–d) **Transferhilfen zur Mobilitätsförderung**

Quelle: a bis d – Etac GmbH Marl (Mittel und Wege zur Mobilitätsförderung und -förderung)

9.1.2.2 Hilfsmittel zur Bewegungsförderung

Gesunde Menschen verlagern im Stehen, Gehen, Sitzen und Liegen regelmäßig ihre Körperhaltung. Sie verhindern damit, so banal es klingen mag, auch einen Dekubitus.

Ist der Pflegebedürftige aufgrund seines Gesundheitszustands nicht in der Lage, aktiv am Leben teilzunehmen und die Möglichkeiten der Mobilitätsförderung zu nutzen, kommt bezüglich des Dekubitusmanagements den Eigenbewegungen im Bett eine noch größere Bedeutung zu. Selbst diese oft noch so kleinen Bewegungen entlasten belastete Körperstellen und sorgen für eine Druckumverteilung im Gewebe.

Unterstützend zur Wahrnehmungs- und damit Bewegungsförderung nach zum Beispiel kinästhetischen Grundsätzen können Hilfsmittel zur Stimulation von Mikrobewegungen eingesetzt werden.

Beispiel: Mikrostimulationssysteme

Sogenannte Mikrostimulationssysteme (MiS) versuchen, die Körperwahrnehmung des Betroffenen zu erhalten und über eine Stimulation der sensorischen Nervenzellen der Haut Eigenbewegungen des Pflegebedürftigen zu fördern bzw. anzuregen. Sie bestehen aus einer speziellen Unterfederung, die anstelle des Lattenrosts verwendet wird, und einer darauf abgestimmten, in der Regel weichen und relativ dünnen Matratze.

WICHTIG!

Das Hauptaugenmerk liegt bei Mikrostimulationssystemen ganz klar auf der Bewegungsförderung durch die spezielle Unterfederung und nicht auf der Matratze.

Passive MiS übertragen selbst kleinste Eigenbewegungen des Pflegebedürftigen auf die Unterfederung, sorgen über eine Rückkopplung zu anderen Federn und zum Betroffenen für Bewegungsimpulse und verstärken damit die Eigenbewegungen bzw. stimulieren weitere Bewegungen.

PRAXISTIPP

Aktive Systeme lösen motorgesteuert Wellen, Rotationen oder seitliche Höhenverstellungen einzelner Federn aus, die sich über die Matratze auf den Pflegebedürftigen übertragen, und stimulieren auf diesem Wege Eigenbewegungen des Betroffenen.

Mikrostimulationssysteme können ihre Wirkung nur bei Einsatz einer auf sie abgestimmten Matratze entfalten. Werden andere Matratzen als die zum