

Die Wundversorgung als komplexe Intervention

Wir machen – mal eben – einen Verbandwechsel

BEATE PEDDINGHAUS

KRANKENSCHWESTER, PFLEGETRAINERIN & MEDIZINPRODUKTEBERATERIN, PETERMANN GMBH

Der Verbandwechsel ist das eine. Die Rahmenbedingungen, unter denen er stattfindet, das andere. Was kurz vor und unmittelbar nach der Versorgung zu beachten ist, erklärt Beate Peddinghaus. Sie ist Krankenschwester mit über 30 Jahren Berufserfahrung in einem großen Universitätsklinikum, Pflegetrainerin sowie Medizinprodukteberaterin.

Die Wundversorgung gestaltet sich manchmal relativ einfach, oft wird sie aber auch zu einer sehr komplexen Maßnahme. Nämlich immer dann, wenn folgende Faktoren erschwerend dazukommen:

- notwendige Positionswechsel,
- mehrere Personen werden zum Halten benötigt,
- langes „Verharren“ in ungünstigen Positionen für alle Beteiligten,
- der allgegenwärtige Zeitdruck,
- die Schnittstellenproblematik,
- Patienten mit Schmerzen.

Aus pflegetherapeutischer Sicht sind mir beide, Patient und Pflegende, wichtig. Beide sind aber immer gesondert und doch auch zusammenhängend zu betrachten. Im Folgenden versuche ich, die Komplexität dieser individuellen Maßnahme für alle Beteiligten deutlich zu machen.

Beim Thema Wundversorgung habe ich sehr schnell das „Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)“ vor Augen. In den Strukturkriterien des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe steht: „... die Pflegefachkraft beherrscht haut- und gewebeschonende Bewegungs-, Positionierungs- und Transfer Techniken.“

Die Aussage ist klar: Der Patient darf nicht über die Matratze geschliffen werden. In vielen Praxisbegleitungen erlebe ich aber leider genau das – und Schlimmeres, wie das Lagern in einer schiefen Ebene oder das Entfernen von Kissen. All das bedeutet mehr Auflagefläche und damit eine höhere Reibung.

Damit aber alle Phasen der Wundheilung durchlaufen werden können, ist es besonders wichtig, Scher- und Reibungskräfte zu vermeiden. Das kann sehr gut gelingen, wenn

- die betroffene Person Bewegungen und Positionsveränderungen selbstständig vornehmen kann,

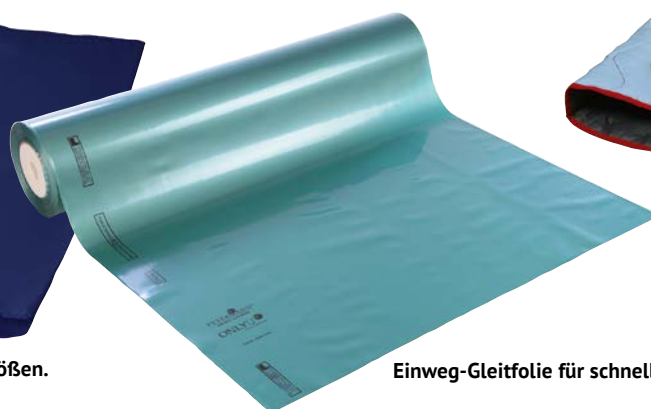


Beate Peddinghaus.

- die Anbahnung über physiologische Bewegungsmuster angeleitet und unterstützt wird,
- die komplette Übernahme der Bewegung ohne „Flugbahnen“ durchgeführt wird,
- individuell auf den Einsatz von Hilfsmitteln wie Gleitmatte, Gleittuch- oder Gleitfolie zurückgegriffen wird.



Gleittücher gibt es in vielen Größen.



Einweg-Gleitfolie für schnelle und hygienische Transfers.



Gepolsterte Gleitmatten erleichtern den Positionswechsel Bettlägeriger.

Genügt ein „Wir machen mal eben“?

Für die Planung einer Wundversorgung kommen entsprechend auch andere Parameter hinzu, die nicht mit „Wir machen mal eben!“ abzuhandeln sind. So z. B. die Fragen „In welcher Position findet die Versorgung statt?“, „Wie gestalten wir die Intervention für alle ergonomisch?“ und „Welche praxisorientierten Lösungsansätze gibt es?“

Wird entschieden, eine Gleitmatte, ein Gleittuch oder eine Gleitfolie als Hilfsmittel einzusetzen, liegt dieses immer doppelt und reduziert so die Scher- und Reibungskräfte bestmöglich. Der Einsatz von kleinen Hilfsmitteln, wird auch von der BGW (Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege) unterstützt, um Sekundärkomplikationen – bei den Anwendern – zu vermeiden. Je nach Infektionsstufe sollte jedoch die Auswahl der passenden Produkte hinsichtlich Material, Größe, Lagerungs- und Aufbewahrungsmöglichkeit gut geplant werden.

Hilfsmittel richtig einsetzen

Schon das Einbetten von Materialien (Hilfsmittel, Inkontinenzunterlage usw.) betrachte ich unter dem Aspekt von Qualitätsanspruch, Rückenergonomie und individuellen Umsetzungsmöglichkeiten. Der Patient wird auf eine Seite gedreht und das ausgewählte Hilfsmittel nach unten eingeschlagen an ihn angelegt, damit es ohne große Irritation herausgezogen werden kann.

Werden textile Gleitmatten/Gleittücher oder auch Einweg-Gleitfolien benutzt, stellt das unsanfte Einbringen (Stopfen) von Materialien immer auch Stress für die Haut, das Gewebe und die Wundauflage dar. Somit sollte auch in diesen besonderen Fällen, um Haut und Gewebe zu schonen, auf das Aufrollen von Inkontinenzunterlagen verzichtet werden. Der Patient kann dann sicher, mithilfe einer Gleitmatte, in die gewünschte Position gebracht werden. Da es allerdings unglaublich viele unterschiedliche Positionsmöglichkeiten gibt, werden im Folgenden lediglich zwei Varianten beispielhaft genauer betrachtet.



Abb. 1



Abb. 2

Fotos: MTD

Immer eine Option: die individuelle Positionierung

Bei der ersten Ausgangssituation findet die Wundversorgung am Bein/Fuß, Knie oder Unterschenkel statt. Die betroffene Person kann zunächst in Rückenlage liegen bleiben. Wenn sich aber eine zirkuläre Fixierung der Wundauflage anbietet, sollte der Bereich keine Auflage zur Matratze bieten. Dank gleitfähiger Produkte kann der Patient in eine leicht schräge Position gebracht und die Versorgung relativ stressfrei durchgeführt werden (Abb. 1).

Die zweite Ausgangssituation ist ein Kreuzbeindekubitus mit größerer/längerer Versorgung. Hier empfiehlt es sich, die betroffene Person in eine gute, stabile, bequeme und sichere 135°-Position zu bringen. Das Foto (Abb. 2) zeigt dazu eine Möglichkeit der Positionierung. Uns Pflegenden ist der sehr automatisierte Bewegungsablauf hierfür natürlich bekannt: Je eine Pflegeperson steht rechts und links am Bett. Sie alle wissen, was jetzt kommt.

Wird ein Patient mit Unterstützung einer zweiten Person in der steilen Seitenlage „gehalten“, kommt es durch den unschönen Zug und Druck mit den Hän-

den am Gesäß oder Schulterbereich der Betroffenen zu viel Verschiebung der Haut und ggf. auch der Wundränder. Diesen Bewegungsablauf sollten Pflegenden jedoch unbedingt vermeiden, da es zusätzlich durch ungünstige Hebelwirkungen keinen Gelenkschutz für den Betroffenen bietet und viel zu viel Gewicht auf den eigenen Körper – meist mit Schwung und Zug – trifft.

Wie eingangs erwähnt, lege ich darauf Wert, dass beide Seiten, die zu handelnde Person und die Pflegekraft, im Versorgungsprozess mein Augenmerk haben. Hinsichtlich eines rückenergonomischen Arbeitens sollten Pflegenden immer auch ihren Selbstschutz im Blick haben und diesen Empfehlungen folgen:

- Soweit möglich körpernah arbeiten (Arbeitssektor),
- Reduzierung der Vorlast vor, während und nach der Versorgung,
- Mikrobewegungen während des „Verharrens“ in ungünstigen Positionen,
- Ablauf der Versorgung grundsätzlich überdenken und ggf. neu planen,
- Positionierungsmöglichkeiten abwägen,
- Heben darf keine Option sein. <

Aktivitas Pflege® Konzept:

Das Konzept ist auf Aktivierung ausgerichtet, indem erhaltene Fähigkeiten unterstützt und erweitert sowie neue Möglichkeiten initiiert werden sollen. Gleichzeitig ist es darauf ausgerichtet, Grenzen der Personen, die miteinander in Aktion sind, rechtzeitig zu erkennen und zu respektieren. Dabei handelt es sich um ein therapeutisches Konzept, das keine einfachen Anweisungen gibt, sondern immer individuell an der momentanen Situation ausgerichtet ist.