



STOMA
KONTINENZ
WUNDE

Pflege Preis 2012

Eine Anerkennung
für professionelle Leistungen
in den Bereichen

Stoma • Kontinenz • Wunde

€4,30



Beratungskonzept für die Durchführung der Wundversorgung bei Betroffenen mit Dekubitus durch pflegende Angehörige

Bildungszentrum Ruhr

Institut für Bildung und Management im Gesundheitswesen

Fachweiterbildung Pflegeexperte Stoma Kontinenz Wunde 2010/2012

Helga Burke

Inhaltsübersicht

- 1 Einleitung
 - 1.1 Fragestellung
 - 1.2 Definition der Begrifflichkeiten zur Fragestellung
 - 1.2.1 Was ist eine Wunde?
 - 1.2.2 Was versteht man unter Wundversorgung?
 - 1.2.3 Was ist ein Dekubitus?
 - 1.2.4 Dekubituskategorien nach EPUAP
 - 1.2.5 Was versteht man unter Hygiene?
 - 1.3 Motivation
- 2 Hauptteil
 - 2.1 Theoretische Grundlagen für die Anleitung pflegender Angehöriger zur hygienischen Wundversorgung bei Dekubitus ab Kategorie II
 - 2.1.1 Ein geschichtlicher Rückblick
 - 2.1.2 Das Krankheitsbild Dekubitus
 - 2.1.2.1 Entstehung eines Dekubitus
 - 2.1.2.2 Stadieneinteilung des Dekubitus
 - 2.1.2.3 Dekubitustherapie und -Prophylaxe
 - 2.1.2.4 Phasengerechte Wundversorgung
 - 2.1.3 Hygienische Richtlinien der Wundversorgung
 - 2.1.3.1 Aufgaben / Gesetzliche Grundlagen des Robert Koch-Instituts
 - 2.1.3.2 Hygienische Aspekte bei der Wundversorgung
 - 2.1.4 Edukation
 - 2.2 Ist Situation
 - 2.3 Soll-Ist-Vergleich
 - 2.4 Kritische Analyse
 - 2.5 Lösungsvorschläge
- 3 Schluss
 - 3.1 Zusammenfassung
 - 3.2 Bewertung
 - 3.2.1 Theoretische Bewertung
 - 3.2.2 Praktische Bewertung
 - 3.3 Eigene Stellungnahme
 - 3.4 Schlussbetrachtung

1 Einleitung

Dekubitus, dies ist besonders für die betroffenen Menschen ein großes Problem. Die Lebensqualität ist stark eingeschränkt. Oft begleitet von Immobilität führt dies häufig auch zu einer sozialen Isolation. Dazu kommt die Abhängigkeit von Angehörigen oder Pflegekräften. Besonders durch den Dekubitus und/oder die durch andere Grunderkrankungen bedingten Schmerzen wird die Lebensqualität reduziert. Da die Heilung eines Dekubitus schwierig und langwierig ist, kann sich dies natürlich auch negativ auf die Psyche des Betroffenen auswirken.

Stark beeinflusst wird die Wundheilung durch die richtig eingesetzte Therapie. Greifen hier nicht alle zu berücksichtigenden Faktoren ineinander, kann dies dazu führen, dass die Wunde sehr langsam oder gar nicht abheilt, sich die Wunde infiziert oder sich weitere Dekubiti bilden. Eine richtige Wundbehandlung setzt voraus, dass alle daran beteiligten Personengruppen sich gut austauschen und der Betroffene und seine Angehörigen gut aufgeklärt werden. Eine weitere Folge der Wundheilungsstörung sind natürlich auch die großen Kosten, die auf das Gesundheitssystem zukommen. *„Die Behandlung des Dekubitus verursacht in Deutschland jährlich Kosten in Höhe von 1 bis 4 Milliarden Euro. Nach dem Gesundheitsbericht des Bundes kann die Hälfte dieser Kosten durch standardisierte Prophylaxemaßnahmen und optimierte Therapie eingespart werden“* (www.deutsche-dekubitusliga.de 2011).

„Die tatsächliche Häufigkeit von Dekubitus in Deutschland ist nicht sicher anzugeben. Expertenschätzungen gehen von einer Prävalenz in deutschen Krankenhäusern von ca. 10% aus, in Geriatrischen Kliniken und Altenheimen sogar von etwa 30% und bei Pflegebedürftigen in häuslicher Umgebung von ca. 20%“ (www.gbe-bund.de 2011).

Dazu kommt, dass bedingt durch den demokratischen Wandel, die Menschen immer älter werden, dadurch nehmen auch chronische Erkrankungen zu und die Dekubitusrate steigt. Eine qualifizierte und individuelle Beratung durch z.B. Wundexperten, im Rahmen der hygienischen Dekubitusversorgung durch pflegende Angehörige, könnte dazu führen, dass weniger Komplikationen auftreten, die Abheilungsrate steigt und der Leidensweg der Betroffenen sich z.B. nicht durch Infektionen verstärkt oder verlängert. Die hygienische Wundversorgung trägt wesentlich zur Heilung einer Wunde bei, jedoch wird in der Praxis oft zu wenig Augenmerk darauf gerichtet. Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse habe ich mich im Rahmen meiner Fachweiterbildung zur Pflegeexpertin Stoma Kontinenz Wunde mit diesem Thema auseinandergesetzt.

1.1 Fragestellung

Diese zentrale Frage steht im Fokus meiner Arbeit:
Welche Informationen und praktische Anleitungen benötigen pflegende Angehörige, um eine hygienische Wundversorgung

bei einem Betroffenen mit Dekubitus ab Kategorie II in der Häuslichkeit durchführen zu können?
Zielsetzung dieser Arbeit ist demnach, einen Leitfaden/Ratgeber zu gestalten, der pflegenden Angehörigen zusätzlich zur individuellen Beratung eine Hilfestellung gibt.
Die Arbeit soll Probleme aufdecken und Lösungen aufzeigen und die Aufmerksamkeit auf das Thema hygienischer Verbandswechsel lenken, da gerade in der Häuslichkeit die Umsetzung noch stark ausgebaut werden könnte.
Weil es im Rahmen der Dekubitusversorgung nicht ausreicht, „nur“ die hygienische Wundversorgung zu beachten, befasst sich diese Arbeit im theoretischen Teil auch mit weiteren Therapieansätzen.

1.2 Definition der Begrifflichkeiten zur Fragestellung

Vor der eingehenden Betrachtung dieses Themas sollen einige Begriffe aus der Fragestellung zum besseren Verständnis geklärt werden.

1.2.1 Was ist eine Wunde?

„Unter einer Wunde (lat. vulnus) versteht man die Unterbrechung des Zusammenhangs von Körpergeweben. Dabei können mehrere Zelltypen betroffen sein, es kann Gewebesubstanz verloren gehen oder nicht“ (www.pflegewiki.de 2011).

1.2.2 Was versteht man unter Wundversorgung?

Eine adäquate Wundversorgung orientiert sich an den individuellen Bedürfnissen des Betroffenen sowie den Phasen und Kategorien, in der sich die Wunde befindet. Sie reagiert zeitnah auf Veränderungen der Wunde. Grundlage für die Wundversorgung ist eine ärztliche Diagnose und Therapieanordnung. Die lokale Wundtherapie besteht aus der Wundreinigung und dem hygienischen Anlegen der Wundauflage (vgl. Panfil/Schröder 2010, S. 379).

1.2.3 Was ist ein Dekubitus?

Nach der Leitlinie des National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) ist ein Dekubitus eine lokal begrenzte Schädigung der

Haut und/oder des darunter liegenden Gewebes. In der Regel tritt der Dekubitus über knöchernen Vorsprüngen, in Folge von Druck oder von Druck in Kombination mit Scherkräften auf (vgl. Blumenberg et al 2010, S. 41).

1.2.4 Dekubituskategorien nach EPUAP

EPUAP = European Pressure Ulcer Advisory Panel heißt zu deutsch „Europäisches Beratungsgremium für Dekubitus“. Um den Schweregrad und die Tiefe der Haut- und Gewebeschädigung festzulegen, wird diese in Kategorien eingeteilt. Eines der Ziele der EPUAP war eine einheitliche Klassifikation zu schaffen, die auf neuesten Erkenntnissen basiert. Die Klassifikation bestehen von vier Stufen. Diese werden in Kapitel 2.1.2.2 näher erläutert (vgl. www.pflegewiki.de 2011).

1.2.5 Was versteht man unter Hygiene?

Hygiene ist die Lehre von der Verhütung der Krankheiten und der Erhaltung und Festigung der Gesundheit. Das Wort Hygiene leitet sich von *hygieia*, dem griechischen Wort für *Gesundheit*, ab (www.pflegewiki.de 2011).

1.3 Motivation

Meine Motivation, mich mit diesem Thema auseinanderzusetzen und Lösungsansätze zu erarbeiten, resultiert aus meiner eigenen Tätigkeit heraus. Seit fast zehn Jahren arbeite ich im Außendienst und bin als examinierte Pflegekraft für ein Homecare- Unternehmen tätig. Eines meiner Aufgabengebiete besteht darin, bei der Versorgung chronischer Wunden, darunter auch Dekubitusulzerationen, beratend zur Seite zu stehen. Gerade die Anleitung und Aufklärung zum Thema Wundversorgung der Betroffenen und/oder pflegenden Angehörigen liegt mir besonders am Herzen. Beim ersten Kundenkontakt zeigen sich bei den betroffenen Personen häufig Ängste, etwas falsch zu machen. Und tatsächlich werden Fehler beim Verbandswechsel und der Anwendung der Produkte gemacht. Für meine eigene Praxis wäre es natürlich von Vorteil, alle Informationen, die ich weitergebe, auch als Ratgeber den Kunden zum Nachlesen aushändigen zu können. Diese Möglichkeit habe ich zurzeit nicht. Bei meiner Recherche bin ich auch auf keine adäquate Lektüre gestoßen, die sich auf den hygienischen Verbandswechsel bezieht sowie leicht von Laien zu verstehen ist. Daraus bedingt verstärkt sich meine Motivation, dem Abhilfe zu schaffen.

2 Hauptteil

Der Hauptteil befasst sich unter anderem mit den theoretischen Aspekten der Fragestellung dieser Arbeit. Hier geht es darum, das Krankheitsbild Dekubitus zu erklären und die hygienischen Richtlinien der Wundversorgung des Dekubitus zu erläutern. Die Fragestellung dieser Arbeit wird dadurch beantwortet, dass ein Soll- Ist-Vergleich zu den Punkten, die bei einem hygienischen Verbandswechsel eingehalten werden sollen, aufgeführt wird. Darüber hinaus wird der Ist-Zustand des hygienischen Verbandswechsels, wie ich ihn in meiner Arbeit oft vorfinde, mit den Soll-Anforderungen abgeglichen, und Lösungen werden vorgeschlagen, damit der Soll-Status in der Praxis erreicht werden kann.

2.1 Theoretische Grundlagen für die Anleitung pflegender Angehöriger zur hygienischen Wundversorgung bei Dekubitus ab Kategorie II

2.1.1 Ein geschichtlicher Rückblick

Wundversorgung ist so alt wie die Menschheit selbst. Aufzeichnungen darüber reichen bis in das dritte Jahrtausend v. Chr. zurück und stammen vorwiegend aus dem alten Ägypten. Als Wundaufgaben wurden Blätter, Harze oder Rinde verwendet. Die gefundenen Papyrusrollen enthalten unter anderem Beschreibungen von Verletzungen des weichen Gewebes. Als Verbandsmaterial bevorzugte man damals feines Leinen, welches mit Öl und Honig getränkt wurde. Aus dieser Zeit gibt es auch eine Aufzeichnung über die Behandlung eines Dekubitus bei einer jungen Prinzessin. Sie wies einen faustgroßen Dekubitus im Sakralbereich auf (vgl. www.wundplattform.com). Schon im alten Ägypten war die desinfizierende Wirkung von Honig bekannt, und selbiger wurde in der Wundbehandlung eingesetzt. In der heutigen Zeit wird empfohlen, sekundär heilende Wunden, das sind Wunden, die nicht durch z.B. eine Naht verschlossen werden können, sondern offen heilen, im Sinne der modernen, feuchten Wundbehandlung zu versorgen. Diese moderne Wundbehandlung wurde allerdings schon in den sechziger Jahren von Georg Winter publiziert. Er erforschte, dass nur in einem permanent feuchten Wundmilieu die wachsenden Zellen ideale Bedingungen haben (vgl. www.wundplattform.com). Trotz dieser seit sechzig Jahren bekannten Art der Wundversorgung greifen Ärzte oft noch auf die „trockene“ Wundversorgung zurück. Diese beinhaltet die Versorgung mit z.B. Wundsalbe und Kompresse.

2.1.2 Das Krankheitsbild Dekubitus

2.1.2.1 Entstehung eines Dekubitus

Ein Dekubitus ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und/ oder des darunter liegenden Gewebes. Die Gewebeschädigung bei einem Dekubitus tritt vor allem über Knochenvorsprüngen infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Scherkräften auf. Das liegt vor allem daran, dass der Druck, der vom Knochen auf das Gewebe einwirkt, durch die Konvexität des Knochens auf das 3- bis 5-fache ansteigt. Somit besteht der höchste Druck in der Tiefe des Gewebes. Die venöse Durchblutung wird unterbrochen, wodurch sich das Blut staut. Im Druckgebiet breitet sich eine lokale metabolische Azidose aus. Durch die Übersäuerung werden das Gewebe und die Kapillaren geschädigt. Es entsteht ein Ödem, das die Kapillare zudrückt. Dies ist daran zu erkennen, dass äußerlich die Rötung der Haut nicht mehr wegdrückbar ist. Intrinsische und extrinsische Faktoren tragen zu einer Entstehung eines Dekubitus bei. Intrinsische Faktoren gehen vom Betroffenen selbst aus und können wie folgt benannt werden: reduzierte Mobilität, Alter, Exikose, Über- und auch Untergewicht, Mangelernährung, Stoffwechsel- und neurologische Erkrankungen, wie z.B. Diabetes mellitus oder Parkinson. Des Weiteren können Infektionen und Sensibilitätsstörungen auch dazu führen, dass sich ein Dekubitus eher bildet. Extrinsische Faktoren gehen von der Umwelt aus. Hier beeinflussen z.B. Scherkräfte und Reibung, feuchte Haut, zu langes Sitzen oder liegen in einer Position die Dekubitusentstehung (vgl. Panfil/ Schröder 2010, S. 174-178). Den größten Einfluss auf eine Dekubitusentstehung hat zu langes Sitzen oder Liegen in einer Position. Eine Einteilung von Seiler unterscheidet hier primäre und sekundäre Faktoren.

„Primäre Faktoren: Faktoren, die direkten Einfluss auf die Bewegungen des Betroffenen haben, somit also ursächlich sind z.B. Lähmungen, eine Narkose, Medikamente, die Bewegungen verringern (z.B. Schlafmittel), oder psychische Erkrankungen wie Depressionen.

Sekundäre Faktoren: krankheits- oder situationsbedingte Faktoren, die das Dekubitusrisiko des Patienten erhöhen, z.B. Durchblutungsstörungen verschiedener Ursachen, Nährstoffmangel der Zelle (Mangelernährung) oder ein schlechter Hautzustand.“

(Panfil/Schröder 2010, S. 174-178)

Zusammenfassend entsteht ein Dekubitus durch zu hohen Druck bei zu langer Zeiteinwirkung in Abhängigkeit der primären und sekundären Faktoren.

2.1.2.2 Stadieneinteilung des Dekubitus

Um den Schweregrad und die Tiefe der Haut- und Gewebeschädigung festzulegen wird diese nach einem Einteilungsschema klassifiziert. Bei der Einteilung sollte man folgende Punkte beachten.

1. Immer nur ein Stadium oder Grad angeben. Bei Unklarheiten sollte der schwerere Grad angegeben werden.
2. Ein Dekubitus bleibt immer in dem Stadium der initialen Einstufung. Sie dienen nicht der Verlaufskontrolle. Ein Dekubitus des Stadiums III bleibt auch nach Abheilung ein Dekubitus Stadium III, allerdings mit dem Zusatz „nach Abheilung“. Die Begründung liegt daran, dass Narbengewebe nicht die Elastizität einer gesunden Haut wieder erhält.
3. Wenn der Dekubitus durch z.B. eine Nekrose nicht beurteilt werden kann, sollte angegeben werden „zur Zeit nicht beurteilbar“.

Es gibt eine Vielzahl von Stadieneinteilungen. Es ist nicht offiziell geregelt, welche Einteilung genommen werden soll. Empfohlen ist eine Einteilung, die mit wenigen Stadien auskommt. In Deutschland hat sich in den letzten Jahren die Stadieneinteilung nach EPUAP durchgesetzt. Weitere Einteilungen gibt es z.B. von Seiler, Shea oder Daniel. Die Klassifikation nach EPUAP lautet wie folgt:

Kategorie 1

Nicht wegdrückbare Rötung bei intakter Haut, gewöhnlich über einem knöchernen Vorsprung. Ob dieses Stadium gegeben ist, lässt sich durch einen einfachen Fingertest feststellen. Man drückt mit dem Finger auf die Rötung und zieht den Finger rasch wieder weg. Verfärbt sich die Stelle nicht weiß, ist das Gewebe im Sinne eines Dekubitus Kategorie 1 geschädigt. Achtung: besonders bei dunkelhäutigen Menschen können auch Hautverfärbungen, eine Überwärmung, ein Ödem oder eine Verhärtung ein Indikatoren für die Kategorie 1 sein.

Kategorie 2

Teilverlust der Haut, mit Schädigung von Epidermis, Dermis oder beiden Hautschichten. Der Dekubitus ist oberflächlich und manifestiert sich klinisch als Hautabschürfung oder Blase.

Kategorie 3

Verlust aller Hautschichten einschließlich der Schädigung oder Nekrose des subkutanen Gewebes, die bis auf, aber nicht unter, die darunter liegende Faszie reichen kann.

Kategorie 4

Ausgedehnte Zerstörung, Gewebnekrose oder Schädigung von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen, mit oder ohne Verlust aller Hautschichten (vgl. www.pflegewiki.de 2011).

2.1.2.3 Dekubitustherapie und -prophylaxe

Der wichtigste Punkt bei der Dekubitusbehandlung, so wie auch zur Prophylaxe, ist die Druckentlastung.

Die vollständige Beseitigung des Auflagedrucks ist Voraussetzung für die Wundheilung. Jede Art von Bewegung führt zu einer Druckveränderung. Dies kann durch Makro- oder auch Mikrobewegungen geschehen.

Zur Dekubitustherapie reichen Mikrobewegungen nicht aus. Das bedeutet, dass der Körper umgelagert werden muss.

Bei Mikrobewegungen kippt der Körper z.B. nur leicht zur Seite, der Druck verändert sich zwar, aber die Körperregion bleibt immer noch Drücken ausgesetzt. Dekubitusgefährdete Personen, die weniger als drei Makrobewegungen pro Stunde selbstständig durchführen können, müssen laut Seiler (1994) umgelagert werden. Der Rhythmus der Lagerung sollte individuell erfolgen (z.B. alle 2-4 Stunden).

Verschiedene Lagerungen können angewendet werden, z.B. eine 30° Schrägerlagerung oder die 135° Lagerung sowie unterstützende Mikrolagerungen. Diese sollte aber nur in Zusammenhang mit anderen druckentlastenden Lagerungen kombiniert werden (vgl. Panil/Schröder 2010, S. 187-195). Zusätzlich zur Lagerung können druckreduzierende Hilfsmittel eingesetzt werden, die sowohl für die Prophylaxe als auch zur Therapie des Dekubitus genutzt werden können.

Dazu zählen u.a. luftgefüllte Auflagen zur kontinuierlichen Weichlagerung, Matratzen aus Weichlagerungsmaterial, kombinierte Schaumstoff-, Luftkissenmatratzen oder auch Sitzhilfen aus Weichlagerungsmaterial. Diese Hilfsmittel müssen je nach der Mobilität des Betroffenen, der Dekubituskategorie und dem Krankheitsbild passend ausgewählt werden. Sie ersetzen auf keinen Fall die Umlagerung des Betroffenen (vgl. BVMed 2007, S. 23-27). Die wichtigste prophylaktische Maßnahme ist die Erhaltung bzw. Förderung der Mobilität. Weiter sollte auf einen guten Ernährungszustand wie auch auf gute Hautpflege geachtet werden. Es konnte zwar laut Expertenstandard Dekubitustherapie in der Pflege kein eindeutiger Zusammenhang in der Literatur gefunden werden, es gibt aber genügend Studien, die einen Zusammenhang aufweisen zwischen z.B. Unter- wie auch Übergewicht, Mangelernährung (niedriger Albuminwert), erhöhter Hilfebedarf bei der Nahrungsaufnahme und einer Dekubitusentstehung. Hautfeuchtigkeit kann zwar keinen tiefen Dekubitus hervorrufen, begünstigt aber die Entstehung von oberflächigen Hautdefekten sowie anderen Hautproblemen (vgl. Blumenberg et al 2010, S. 53-54). Zur Pflege sollten ph- neutrale Waschlotionen und W/O Emulsionen verwendet werden.

Zur Dekubitustherapie ist eine angepasste Ernährung von zentraler Bedeutung. Eiweiß ist ein wichtiger Zellbaustein und ist somit wichtig für den Prozess der Zellerneuerung. Der Körper hat keinen Eiweißspeicher. Eine chronische Wunde kann bis zu 50g Eiweiß über das Wundexudat verlieren. Auch Spurenelemente, insbesondere Zink- und das Vitamin C, werden vom Körper für die Wundheilung benötigt.

Vitamin C kann im Körper nicht gespeichert werden und ist an der Bildung von Kollagen beteiligt. Wenn nicht genügend Vitamin C vorhanden ist, wird minderwertiges Kollagen synthetisiert. Zinkmangel drosselt die Albuminsynthese sowie die Bildung von Granulationsgewebe. Je nach Menge des Wundexudats ist auch eine Erhöhung des Flüssigkeitsbedarfs zu beachten.

2.1.2.4 Phasengerechte Wundversorgung

Eine Wunde befindet sich in verschiedenen Wundphasen. Die Wundheilungsprozesse lassen sich in drei Phasen aufteilen.

„Reinigungs- oder Exudationsphase: inflammatorische oder exsudative Phase, in der hauptsächlich die Reinigung der Wunde stattfindet.“

Granulationsphase: proliferative Phase zum Aufbau von Granulationsgewebe.

Epithelisierungsphase: Differenzierungsphase zur Ausreifung, Narbenbildung und Epithelisierung“ (Panil/Schröder 2010, S. 151).

Die Wundheilung dauert in der Regel zwischen 7 und 21 Tage. Wenn es in diesem Zeitfenster zu keiner Störung kommt, wie z.B. eine Infektion, spricht man von einer primären Wundheilung. Läuft die Wundheilung nicht störungsfrei ab, spricht man von einer sekundären Wundheilung. Die sekundäre Wundheilung tritt auch auf, wenn die Wundränder nicht aneinander liegen, sondern eine Gewebelücke aufzufüllen ist wie bei dem Krankheitsbild Dekubitus (vgl. Panil/Schröder 2010, S. 151/152). Bei diesen Wunden kann sich die Wunde zur gleichen Zeit in mehreren Phasen befinden. Die Auswahl des Wundverbandes richtet sich dann nach der kritischsten Phase. Die Ansprüche an die Wundaufgabe richten sich nach den verschiedenen Phasen. Dies ist in der nachfolgenden Tabelle aufgelistet.

Tabelle 1: Anforderung Wundauflage

Phase	Wundzustand	Anforderung Verband
Exsudationsphase	<ul style="list-style-type: none"> • Nekrosen oder Beläge auf der Wunde • Infektion • Hohe Exsudation 	<ul style="list-style-type: none"> • Starke Aufnahme von Wundsekret • Feuchtigkeit zuführen • Wunde feucht halten • Wundrandschutz • Gasaustausch möglich • Schutz vor mechanischen Reizen
Granulationsphase	<ul style="list-style-type: none"> • Gefäßneubildung • „Saubere“ Wunden, • Mittlere Exsudation 	<ul style="list-style-type: none"> • Sekretaufnahme • Wunde feucht halten • Schutz vor mechanischen Reizen • Kein Verkleben mit der Wunde • Wundruhe ermöglichen durch lange Verbandsintervalle
Epithelisierungsphase	<ul style="list-style-type: none"> • Einwanderung von Epithelzellen • Geringe Exsudation 	<ul style="list-style-type: none"> • Wunde feucht halten • Niedrige Sekretaufnahme • Lange Verbandsintervalle

2.1.3 Hygienische Richtlinien der Wundversorgung

2.1.3.1 Aufgaben / Gesetzliche Grundlagen des Robert Koch-Instituts

„Das Robert Koch-Institut (RKI) ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit. Das RKI ist die zentrale Einrichtung der Bundesregierung auf dem Gebiet der Krankheitsüberwachung und -prävention und damit auch die zentrale Einrichtung des Bundes auf dem Gebiet der anwendungs- und maßnahmenorientierten biomedizinischen Forschung. Die Kernaufgaben des RKI sind die Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten, insbesondere der Infektionskrankheiten. Zu den Aufgaben gehört der generelle gesetzliche Auftrag, wissenschaftliche Erkenntnisse als Basis für gesundheitspolitische Entscheidungen zu erarbeiten“ (www.rki.de 2011).
 Infektionsprävention in Heimen ist eine Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim RKI. Unter dem Punkt 6.4.1 werden die Hygienerichtlinien für das Anbringen von Wundverbänden beschrieben.

2.1.3.2 Hygienische Aspekte bei der Wundversorgung

Eine Voraussetzung für die erfolgreiche Wundheilung ist eine geringe Keimbesiedlung. In einer Wunde befinden sich immer Keime, wenn z.B. das Gleichgewicht zwischen den Keimen nicht mehr existiert und eine Keimart sich stärker vermehrt, kann dies zu einer Infektion der Wunde führen. Je nach Anzahl der Keime in einer Wunde unterscheidet man zwischen einer **Kontamination** oder **Kolonisation**. Ersteres bedeutet, die auf der Wunde befindlichen Mikroorganismen haben sich angeheftet, aber vermehren sich nicht. Bei Letzterem hat sich ein Keim stark vermehrt, die Mikroorganismen hemmen mit ihrem Stoffwechsel die Wundheilung. Es besteht die Gefahr einer Infektion (vgl. Panfil/Schröder 2010, S. 364).
 Von einer **Infektion** spricht man, wenn Bakterien in tiefere Gewebeschichten eingedrungen sind und sich dort auf $>10^5$ Keime pro Gramm Gewebe vermehrt haben. Außerdem spielt die Virulenz der Erreger und die Widerstandskraft des Betroffenen eine Rolle für das Entstehen einer Infektion (vgl. Probst, Vasel-Biergans 2004, S. 221). Wenn Bakterien eine sogenannte Matrix gebildet haben bezeichnet man dies als **Biofilm**. Dieser erscheint als „Schleim“ auf der Wunde. Der Biofilm schützt die Bakterien bis zu einem gewissen Grad vor der Einwirkung von Antiseptika und Antibiotika (vgl. Panfil/Schröder 2010, S. 364).
 Um die Vermehrung der Keime in der Wunde möglichst gering zu halten ist es auch im häuslichen Umfeld wichtig, die Wundversorgung unter hygienischen Richtlinien durchzuführen. Die Behauptung, eine Wunde sei nicht steril und müsse deshalb auch nicht steril versorgt werden, stimmt nicht. Durch hygienisches und steriles Arbeiten bei der Wundversorgung wird verhindert, weitere Keime in die Wunde abzugeben. Somit ist es angebracht, die Richtlinien des RKI so weit es geht auch in der häuslichen Versorgung umzusetzen. Die Richtlinien lauten wie folgt:

- „Besteht das Risiko der Kontamination der Arbeitskleidung wird bei großen Wundflächen eine Einmalschürze/Kittel getragen.
- Vor dem Verbandswechsel müssen Hände desinfiziert und ggf. keimarme Einmalhandschuhe (z.B. bei durchfeuchteten Verband) angezogen werden.
- Nach Abnehmen des Wundverbandes (festklebende, wundabdeckende Kompressen mit steriler Pinzette entfernen) werden die Einmalhandschuhe entsorgt.
- Erneute Händedesinfektion.
- Die Wundbehandlung erfolgt nach hygienischer Händedesinfektion in Non-touch-Technik mit sterilen Instrumenten oder mit sterilen Handschuhen nach den Vorgaben der behandelnden Ärzte.
- Zum Spülen von Wunden dürfen nur sterile Lösungen verwendet werden.
- Hinsichtlich der Haltbarkeit der für die Spülungen verwendeten Lösungen müssen die Angaben des Herstellers beachtet werden.
- Benutztes Instrumentarium wird unmittelbar nach Gebrauch unter Vermeidung der Kontamination des Umfeldes sicher entsorgt“ (www.mrsa-net.org 2011).

Weitere Richtlinien des RKI sind unterteilt in Orientierungshilfen für die stationäre und ambulante Versorgung. Im folgenden Text wird auf die ambulante Versorgung eingegangen.

- Jede Wunde soll aseptisch behandelt werden.
- Ein Tourenplan sollte bei mehreren Patienten erstellt werden, erst „reine“, dann „unreine“ Wunden versorgen.
- Arbeitsflächen schaffen, z.B. Nachttisch (mit Wischdesinfektion reinigen).
- Vorbereitung der Utensilien auf der sauberen Fläche.
- Steriles Material wird patientenfern und unsteriles Material patientennah angeordnet.
- Abwurfbehälter bereitstellen.
- Fenster und Türen sollen während der Versorgung geschlossen bleiben.
- Keine anderen Tätigkeiten sollten während des Verbandswechsels im Zimmer stattfinden.
- Nicht beteiligte Personen sowie Haustiere sollten den Raum verlassen.

(vgl. www.werner-sellmer.de 2011)

Das RKI empfiehlt eine hygienische Händedesinfektion vor und nach jeglichem Kontakt mit Wunden. Zur Händedesinfektion sollte ein Mittel auf Wirkstoffbasis von Alkoholen verwendet werden. Diese Mittel sollen einer Standardzulassung gemäß §36 des AMG entsprechen und bei der DGHM gelistet sein. Sämtliche Bereiche der trockenen Hände sollten mit dem Präparat unter Berücksichtigung der Innen- und Außenfläche, sowie der Handgelenke und der Fläche zwischen den Fingern, Fingerspitzen, Nagelfalze und Daumen für die Dauer der Einwirkungszeit feucht gehalten werden (vgl. www.rki.de 2011). Bei der hygienischen Händedesinfektion werden transierte Keime, dies sind Kontakt- oder Anflugkeime, illuminiert.

Im Anhang befindet sich eine bildliche Beschreibung der hygienischen Händedesinfektion.

Im häuslichen Bereich ist eine Flächenreinigung, wie sie stationär vorgesehen ist, nicht eins zu eins umsetzbar.

Hier kann durch Abdecken der Patientenaufgabe mit z.B. Handtüchern oder Laken, die bei 60 bis 90 Grad waschbar sind, gearbeitet werden (vgl. Panfil/Schröder 2010, S. 376). Die zum Verbandswechsel benötigten Materialien können auf einer Unterlage, z.B. Tablett bereitgestellt werden, die zuvor mit einem Flächendesinfektionsmittel gesäubert wurde. Zum Spülen der Wunde empfiehlt das RKI eine sterile Wundspüllösung. Des Weiteren muss eine Wundspüllösung physiologisch sein, darf keine Schmerzen bei der Verwendung verursachen und sollte keine Bestandteile enthalten, die der Körper resorbiert oder wodurch Allergien ausgelöst werden. Zur Wundbeurteilung sollte die Spülung farblos sein und auf Körpertemperatur erwärmbar sein, ohne ihre Wirksamkeit zu verlieren. Diese Eigenschaften erfüllen z.B. Ringerlösung oder physiologische Kochsalzlösung NaCl 0,9%. Sie sollten zur einmaligen Benutzung abgefüllt und verwendet werden. Wundspüllösung, die länger als 24h nach Anbruch benutzt werden dürfen, sind durch Anreicherung eines antiseptischen Stoffes, meist Polyhexanid, haltbar gemacht. Hierzu gehören Produkte wie Prontosan® Wundspüllösung (haltbar bis 8 Wochen nach Anbruch) oder Lavasorb®. Prontosan® wirkt wie nachfolgend beschrieben.

„Die Wirkung beruht auf dem Undecylenamidopropylbetain, einem amphoterem Tensid. Dieses Tensid verursacht eine Reduktion der Oberflächenspannung der Lösung. Durch die Reduktion der Oberflächenspannung wird der Wundbelag und Biofilm schneller und besser benetzt, quellen rascher auf und können so leichter von der Wunde abgelöst werden. Dieses physikalisch einleuchtende Prinzip wird auch bei Haushaltreinigern angewendet. Mit Prontosan® wird die Wunde effektiv gereinigt, Fibrinbeläge, Exsudat und bakterielle Biofilme werden gewebeschonend abgelöst und ausgeschwemmt. Auf diese Weise wird Keimen, insbesondere auch MRSA, der Nährboden entzogen“ (www.bb Braun.de 2011). Mit einer antiseptischen Lösung sollten infizierte Wunden zeitlich begrenzt gereinigt werden, hierzu gehört z.B. Octenisept®. Nach Anbruch ist dies drei Jahre haltbar. Wundspüllösungen, die zum längeren Gebrauch bestimmt sind, sollten nur für einen Patienten verwendet werden und keinen direkten Kontakt am Flaschenhals mit der Wunde haben (vgl. www.werner-sellmer.de 2011). Leitungswasser ist als Wundspüllösung nur einzusetzen, wenn es mittels Sterilfilter verwendet wird, wobei gerade ältere Wasserleitungen mit Keimen belastet sein können.

Häufig vorgefunden werden hier Wasserkeime wie z.B.

Pseudomonas aeruginosa, diese können eine Wundinfektion auslösen (vgl. Panfil/Schröder 2010, S. 372).

Um den Heilungsverlauf durch entstehende Infektionen der Wunde nicht zu beeinflussen, sollte immer die sogenannte Non-touch-Technik angewandt werden. Durch Handkontakt können Infektionen hervorgerufen werden. Deshalb sollten Haut, Schleimhaut und notwendige Materialien niemals mit bloßen Händen angefasst werden. Bei der Non-touch-Technik werden zum Abnehmen des Verbandes immer Einmalhandschuhe angezogen und Materialien, die direkten Kontakt mit der Wunde haben, werden z.B. mit Hilfe von sterilen Pinzetten oder sterilen Handschuhen in die Wunde gebracht.

2.1.4 Edukation

Die Edukation geht der Frage nach, welches Wissen und Können Menschen benötigen, um im Alltag mit der Wunde umzugehen.

Sie beinhaltet alle Formen der Wissensvermittlung wie die strukturierte **Schulung, Anleitung und Information**.

Gleichzeitig integriert ist die professionelle Beratung zu Fragen von Patienten und Angehörigen.

Hinter dem Begriff Edukation verbergen sich zielgerichtete Maßnahmen verschiedener Berufsgruppen, die dazu dienen, Patienten im Umgang mit der Wunde vorzubereiten, sie zu begleiten und Kompetenzen zu vermitteln.

Bei der Patienten- bzw. Angehörigenschulung sollen komplexe Sachverhalte zu einem bestimmten Thema vermittelt werden.

Die Effekte der Schulung werden evaluiert und schließen mit einem überprüfbar Ergebnis ab.

Unter Anleitung versteht man die Vermittlung ergebnisorientierter Fertigkeiten. Diese ist in Zusammenhang mit einzelnen Vorgängen und umschriebenen Handlungsabläufen zu sehen.

Bei der Information ist zu beachten, dass diese die inhaltliche Grundlage für das weitere Vorgehen darstellt.

Bisherige Erfahrungen, Beziehungs- und Lernaspekte werden hier nicht berücksichtigt. Aus diesem Grund ist es wichtig, eine Gelegenheit zu Feedback und Fragen sowie zur Anbindung an persönliche Erfahrungen und Vorlieben zu geben. Erst durch den Dialog können Betroffene den Informationen Bedeutung verleihen und sie mit professioneller Unterstützung in die eigenen Handlungsstrukturen einbinden. Zu beachten ist, dass die Fähigkeiten und Ressourcen des Einzelnen genutzt werden und auf bereits vermittelte Inhalte aufgebaut werden kann.

(vgl. Panfil/Schröder 2010, S. 458-460)

2.2 Ist-Situation

In meiner eigenen beruflichen Praxis als Außendienstmitarbeiterin eines Homecare- Unternehmens bin ich oft auf Situationen gestoßen, bei der die Versorgung der Betroffenen komplett durch die Angehörigen übernommen wird. Gerade in der Wundversorgung kommt es häufig vor, dass die Hilfe einer Wundexpertin erst in Anspruch genommen wird, wenn schon längere Zeit versucht wurde, die Wunde selbst zu versorgen. In der Regel haben die Angehörigen die Informationen entweder vom behandelnden Hausarzt oder im Krankenhaus vor der Entlassung erhalten. Meistens wird über die Anwendung der Materialien informiert, die hygienischen Aspekte jedoch nicht berücksichtigt. Die Angehörigen vertrauen der Verordnung des Hausarztes und stellen diese nicht in Frage. Viele Hausärzte sind aber immer noch der Meinung, da eine Wunde nicht steril sei, bräuchte sie auch nicht steril versorgt zu werden.

Die Vorstellung, bei der Wundversorgung etwas „falsch“ zu machen und somit die Situation für den Betroffenen zu

verschlimmern, ist bei den pflegenden Angehörigen sehr groß. Während meiner Literaturrecherche zu diesem Thema habe ich versucht, einen Ratgeber, bzw. Informationsmaterial über einen hygienischen Verbandswechsel zu erhalten. Schon mir als Expertin viel es schwer, adäquate Literatur zu finden, wie schwer muss es daher einem laienhaften Angehörigen gehen? Meine Rechercheergebnisse waren sehr unbefriedigend.

Bei Nachfrage an Hersteller der Produkte für moderne Wundversorgung haben nur zwei Unternehmen mir Informationsmaterial geben können. Dieses war allerdings sehr allgemein gehalten. Informationen über einen korrekten Verbandswechsel habe ich nicht erhalten. Auch die großen bekannten gesetzlichen Krankenkassen konnten nicht helfen, eine Kasse verwies lediglich auf das RKI. Erfolgreicher war die Suche im Internet. In Foren zum Thema Dekubitus stieß ich auf zwei Ratgeber für Betroffene und Angehörige.

Gegen ein geringes Entgelt konnte ich diese über das Internet bestellen. Leider habe ich die Broschüren erst Wochen nach der Bestellung erhalten, das Thema zum hygienischen Verbandswechsel wurde auch hier nicht adäquat beschrieben. Meine Erfahrung zeigt, dass von den Angehörigen ein hohes Maß an Eigeninitiative gefordert ist. Es ist bedauerlicherweise nicht selbstverständlich, dass der behandelnde Arzt, die Krankenkasse oder der Medizinische Dienst der Krankenkassen den betroffenen Familien erklärt, wie wichtig es ist, eine adäquate Beratung über den hygienischen Verbandswechsel zu erhalten. Diesen Eindruck des Ist- Zustandes haben mir auch Kollegen bestätigt, sowohl vom eigenem Unternehmen wie auch von Mitbewerbern.

Gefördert durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gab es in der Zeit von 2004 bis 2006 ein Projekt zum Thema Dekubitus. Das Dekubitus-Netzwerk Hamburg hat mit verschiedenen Kooperationspartnern das Thema Dekubitus Coaching (Dekubitus Teil 3) erarbeitet. Dies ist ein Beratungsangebot für pflegende Angehörige, Pflegekräfte und niedergelassene Ärzte. Evaluiert wurden die Effektivität und die Kosten des Einsatzes einer Pflegeexpertin. Interessant war die Schlussfolgerung für die

Angehörigenarbeit insofern, dass eine fachliche Anleitung pflegender Angehöriger sich nicht auf die Vermittlung theoretischer Inhalte beschränken, sondern durch eine praktische Anleitung im häuslichen Umfeld ergänzt werden sollte. Außerdem wird es als sinnvoll beschrieben, dass pflegende Angehörige schriftliche Ratgeber zum Thema Dekubitusproblematik erhalten, damit ein grundlegendes Verständnis für die Problematik Dekubitus entsteht. Die Arbeitsgruppe weist darauf hin, dass es zu dieser Thematik zu wenig Materialien gibt, die in der Praxis auch die Zielgruppe erreichen und für Laien verständlich geschrieben sind (vgl. www.bmfsfj.de 2011).

2.3 Soll-Ist-Vergleich

In der nachfolgenden Tabelle zum Soll-Ist-Vergleich beim hygienischen Verbandswechsel im häuslichen Bereich bei Dekubitus ab Kategorie II, werden fünf Punkte dargestellt. Diese Tabelle beinhaltet nicht alle Punkte die berücksichtigt werden sollen und ist nur ein Auszug aus den aktuellen Vorgaben.

Tabelle 2: Soll-Ist-Vergleich beim hygienischen
Verbandswechsel im häuslichen Bereich

Soll	Ist
<ul style="list-style-type: none"> • Vor dem Bandwwechsel müssen Hände desinfiziert und ggf. keimarme Einmalhandschuhe angezogen werden. • Nach Abnehmen des Wundverbandes (festklebende wundabdeckende Kompressen mit steriler Pinzette entfernen) werden die Einmalhandschuhe entsorgt. • Danach findet eine erneute Händedesinfektion statt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Oft gibt es vor Ort kein Händedesinfektionsmittel oder die Händedesinfektion wird nicht richtig durchgeführt. • Einmalhandschuhe werden angezogen, um sich selber zu schützen. Über den Sinn und Zweck zur Vermeidung der Keimeinschleppung gibt es meistens keine Aufklärung. • Sterile Materialien wie z.B. Pinzetten habe ich beim ersten Hausbesuch bislang nie vorgefunden. • Über den Zweck der Hilfsmittel wurde nicht aufgeklärt.
<ul style="list-style-type: none"> • Die Wundbehandlung erfolgt nach hygienischer Händedesinfektion in Non-touch-Technik mit sterilen Instrumenten oder mit sterilen Handschuhen nach den Vorgaben des behandelnden Arztes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Oft wird automatisch versucht, das Versorgungsmaterial vor der Applizierung nicht zu berühren. Praktische Hinweise zur Non-touch-Technik sind nicht gezeigt worden.
<ul style="list-style-type: none"> • Zum Spülen von Wunden dürfen nur sterile Lösungen verwendet werden. • Die Herstellerangaben müssen beachtet werden. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rezeptiert werden häufig zur Wundspülung NaCl 0,9% oder Ringerlösung. Diese findet man häufig in 1 Liter Flaschen vor, sie werden über Wochen benutzt, und nicht selten stehen sie offen im Raum. • Die Aussage von Ärzten, die Wunde mit Leitungswasser auszuduschen, gibt es oft, dabei wurde der Sterilfilter nie angesprochen. • Häufig gibt es gar keine Verordnung zur Wundspülung.
<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsfläche schaffen, z.B. Nachttisch (mit Wischdesinfektion reinigen). • Utensilien auf der sauberen Fläche vorbereiten. • Steriles Material wird patientenfern und unsteriles Material patientennah angeordnet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bewusst ist dies fast keinem Laien in der Wundversorgung wenn es nicht angesprochen wurde. • Materialien werden häufig ins Bett gelegt.
<ul style="list-style-type: none"> • Während des Bandwwechsels sollen keine anderen Tätigkeiten im Zimmer stattfinden. • Nicht beteiligte Personen sowie Haustiere sollten den Raum verlassen. 	<ul style="list-style-type: none"> • In Unkenntnis dessen wird dies nicht umgesetzt.

2.4 Kritische Analyse

Die kritische Analyse bezieht sich auf den Soll-Ist-Vergleich. Die fünf aufgeführten Punkte zum hygienischen Bandwwechsel werden kritisch betrachtet und analysiert. Die Analyse zeigt Versorgungslücken auf und beschreibt Lösungsvorschläge.

Im Soll-Ist-Vergleich ist als Erstes unter Soll aufgeführt, dass die Hände desinfiziert und keimarme Einmalhandschuhe vor dem Bandwwechsel anzuziehen sind. Weiter wird beschrieben, dass nach Abnahme des Verbandes (festklebende Kompressen mit steriler Pinzette entfernen) die Einmalhandschuhe zu entsorgen sind und danach eine erneute Händedesinfektion stattfinden sollte. Die Realität sieht nach meinen Erfahrungen oft anders aus. Gerade Händedesinfektionsmittel und sterile Pinzetten sind vor Ort meistens gar nicht vorhanden. Wenn desinfiziert wird, dann häufig mit ungeeigneten Mitteln. Der Einsatz von Handschuhen ist unproblematischer, da dieses Patientenklientel auch bei anderen Verrichtungen wie z.B. Toilettengang oder Inkontinenzversorgung Hilfe braucht und die Angehörigen für diese Unterstützung Handschuhe besorgt haben. Geholt werden für die Wundversorgung meistens nur

die Materialien, die der behandelnde Arzt über das Rezept verschreibt. Materialien wie Desinfektionsmittel für Hände oder auch Handschuhe und sterile Pinzetten können nicht über ein Rezept verordnet werden und sind nicht Leistung der Krankenkassen. Schwieriger als die fehlenden Hilfsmittel wiegt aber die Tatsache, dass die pflegenden Angehörigen über die Bedeutung der Hygiene nicht informiert sind. Der zweite Aspekt im Soll-Ist-Vergleich befasst sich mit der Non-touch-Technik beim Bandwwechsel oder mit der sterilen Wundversorgung mit sterilen Instrumenten und Handschuhen. Hier zeigt sich, dass auch bei diesem Punkt die fehlende Beratung/ Information fehlt. Gerade die Möglichkeit, einen Verband hygienisch anzubringen, auch ohne sterile Instrumente, ist in der häuslichen Versorgung von großer Bedeutung. Allein die gute Absicht der pflegenden Angehörigen, die Wundauflage nicht anzufassen, reicht nicht aus. Es muss bewusst sein, warum dieser Arbeitsschritt so erfolgen sollte, um eine weitere Keimeinbringung in die Wunde zu vermeiden. Drittens geht es um die Wundspülung mit sterilen Lösungen, die nach Herstellerangaben verwendet werden müssen. Wenn der Hausarzt angeordnet hat, die Wunde mit Wundspülungen zu reinigen, werden meistens NaCl 0,9% oder Ringerlösung verschrieben. Dies ist ein guter Ansatz, aber bislang konnte ich nur große Flaschen der Lösungen zu

Hause vorfinden. Diese werden dann geöffnet und länger als 24h benutzt. Eine Aufklärung über die Verwendungsdauer nach Anbruch gibt es in der Regel nicht. Die Verwendung von Wundspüllösungen auf Polyhexanid Basis ist zwar Mittel der Wahl, man findet sie aber kaum vor Ort wenn nicht speziell zur Wundversorgung eine Beratung stattgefunden hat. Diese Lösungen sind keine Kassenleistung und müssen privat bezahlt werden. Der Vorteil ist natürlich, dass sie noch Wochen nach Anbruch benutzt werden können und auch resistente Keime aus der Wunde entfernen. Bei mobilen Betroffenen empfehlen die Ärzte oft die Wunde mit Leitungswasser auszuduschen. Mir hat noch kein Betroffener erzählt, dass die Benutzung eines Sterilfilters mit angesprochen wurde. Die Gefahr einer Keimbelastung durch das Leitungswasser ist sehr hoch, darüber wurden die Betroffenen auch nicht aufgeklärt. In der Regel habe ich aber oft vorgefunden, dass die Wunde gar nicht gespült wurde, somit ist die Gefahr der Entstehung eines Biofilms natürlich sehr groß. Unter Punkt vier wird die praktische Gestaltung der Materialien beim Verbandwechsel vorgestellt. Saubere Arbeitsflächen schaffen und die Materialien entsprechen anordnen, dass ist relativ schnell umsetzbar. Auch hier liegt das Hauptproblem wieder darin das keine Information und Aufklärung stattfindet. Des Weiteren spiegelt sich der Umgang mit einer reinlichen Unterlage auch immer wieder im Haushalt der Betroffenen. Ist ein sauberer Haushalt wichtig für die Bewohner, wird automatisch auch die Arbeitsfläche sauber sein und umgekehrt. Der letzte Aspekt beinhaltet eine Keimaufrichtung durch andere Tätigkeiten oder Haustiere im Raum. Um möglichst zu versuchen, keine weiteren Keime in die Wunde zu bringen, sollten auch auf diese Punkte geachtet werden. Hier zeigt sich laut Soll-Ist-Vergleich, dass die Betroffenen dies ohne vorherige Beratung ebenfalls nicht wissen und somit auch nicht umsetzen können.

2.5 Lösungsvorschläge

Für alle fünf aufgeführten Punkte im Soll-Ist-Vergleich ist in erster Linie eine gemeinsamer Lösungsansatz anzuwenden. Der Naheliegendste ist die Beratung/ Anleitung der pflegenden Angehörigen. Alle an der Wundversorgung beteiligten Personen könnten und sollten an diesen Aufgaben mitwirken und so die hygienische Wundversorgung des Dekubitus durch pflegende Angehörige stark verbessern. Besonders der verordnende Arzt spielt hier eine entscheidende Rolle. Er ist in der Regel der erste Ansprechpartner für die pflegenden Angehörigen und verordnet die Dekubitusbehandlung. Dieser könnte entweder selbst den hygienischen Verbandwechsel mit allen aufgezählten Aspekten erklären und zeigen, oder aber die Zusammenarbeit mit einer Wundexpertin empfehlen. Der Arzt hätte noch die Möglichkeit, für die ersten Versorgungswechsel einen Pflegedienst, der zu Beginn die Angehörigen in den Verbandwechsel einweist, zu involvieren. Alternativ könnte auch die Krankenkasse oder der Medizinische Dienst der Krankenkassen den pflegenden Angehörigen eine Beratung durch eine Wundexpertin empfehlen, vorausgesetzt, der behandelnde Arzt ist

einverstanden. Nach entsprechender Beratung der Angehörigen und der Verordnung passender Materialien für die Wundversorgung, bleibt noch die Beschaffung der Hilfsmittel, die nicht über ein Kassenrezept verordnet werden können, zu organisieren. Betroffene, die in einer Pflegestufe eingestuft sind, haben die Möglichkeit über die Pflegekasse, Produkte für die Pflege zu erhalten. Im Rahmen der Anlage 4 des Pflegehilfsmittelvertrages haben sie Anspruch auf festgelegte Produkte im Umfang von 31 € im Monat. Unter anderem sind folgende Produkte mit aufgeführt: unsterile Handschuhe; Hände- und Flächendesinfektion; Einmalschürzen und Mundschutz. Diese Hilfsmittel können von den Angehörigen zur Wundversorgung benutzt werden. Auch hier ist es wieder wichtig, dass Betroffene und Angehörige über diese Möglichkeiten informiert werden, vorzugsweise jedoch nur für die Personen, die in eine Pflegestufe eingestuft sind. Der Einsatz einer adäquaten Wundspüllösung ist von den finanziellen Möglichkeiten des Betroffenen abhängig. Anderweitig kann die Wundexpertin empfehlen, z.B. eine Ringerlösung über Krankenkassenrezept verschreiben zu lassen. Dabei achtet sie darauf, dass die Verpackungseinheit für die Größe zum Einmalgebrauch passend ist. Neben der persönlichen Beratung der pflegenden Angehörigen besteht eine weitere Lösungsmöglichkeit darin, die Information des hygienischen Verbandwechsels in schriftlicher Form abzugeben. Informationen, die erklärt und praktisch geübt wurden, haften und prägen sich besser ein, wenn man die Möglichkeit hat, das Gelernte noch mal in Ruhe zu lesen. Da ich im Rahmen meiner Literaturrecherche nur wenig passendes Informationsmaterial gefunden habe, bot sich an, selbst einen Ratgeber zu gestalten. Da ich in meinem Arbeitsalltag viele pflegende Angehörige in den hygienischen Verbandwechsel einweise, stellt der Ratgeber für meine Arbeit eine gute und sinnvolle Ergänzung dar. Der Ratgeber umfasst alle Aspekte des Hauptteils, sowohl die Versorgung als auch den hygienischen Verbandwechsel.

3 Schluss

3.1 Zusammenfassung

Diese Arbeit befasst sich mit dem Thema hygienischer Verbandwechsel eines Dekubitus ab Grad II durch pflegende Angehörige. Vorab wird erklärt, was ein Dekubitus ist und wie er entsteht. Dann werden wichtige Aspekte der Behandlung, Prophylaxe sowie der hygienischen Richtlinien bei der Wundversorgung des Dekubitus berücksichtigt. Im weiteren Teil wird dargestellt, wie die Wundversorgung in der Häuslichkeit in der Regel umgesetzt wird. Ein Soll-Ist-Vergleich, der sich auf den hygienischen Verbandwechsel im häuslichen Bereich durch die Angehörigen bezieht, zeigt deutliche Defizite auf. Abschließend enthält die Arbeit eine kritische Analyse des zuvor hergestellten Soll-Ist-Vergleich und gibt Anregungen zu Lösungen der aufgeführten Versorgungslücken.

3.2 Bewertung

3.2.1 Theoretische Bewertung

Eine adäquate und auch hygienische Wundversorgung eines Dekubitus ist für eine gesicherte Wundversorgung unabdingbar auch um weitere Komplikationen wie z.B. eine Wundinfektion vorzubeugen. Theoretisch würden sich die hygienischen Richtlinien beim Bandwechsel leicht umsetzen lassen, vorausgesetzt ist ein Verstehen seitens der Angehörigen und eine professionelle Einweisung und Beratung zum hygienischen Bandwechsel durch die involvierten Fachkräfte. Ein schriftlicher Ratgeber würde diese Intention stark unterstützen und den pflegenden Angehörigen mehr Sicherheit beim Bandwechsel geben. Dies würde sich auf alle beteiligten Personen positiv auswirken. Der Betroffene fühlt sich physisch richtig und gut versorgt, die pflegenden Angehörigen sind sich sicher, alles richtig zu machen, und so ist die Wundheilung optimiert.

3.2.2 Praktische Bewertung

In der Praxis ist eine genaue und individuelle Einweisung leider nicht immer so leicht umsetzbar. Hier müssten als erstes die behandelnden Ärzte in die Verpflichtung genommen werden, die Anweisung zum hygienischen Bandwechsel zu organisieren. Entweder durch eigene Einweisung oder durch das Hinzuziehen von Experten. Denkbar wäre auch, dass die Hilfsmittelverordnung eines Arztes bei der Krankenkasse automatisch einen weiteren Beratungsvorgang auslöst. Beispielsweise könnte das Rezept für eine Therapiematratze zur Dekubitusbehandlung bei der Krankenkasse die Empfehlung für eine Wundexpertin nach sich ziehen. Homecare-Unternehmen sind auch in der Verpflichtung ihre Mitarbeiter adäquat zu schulen, um die stattfindenden Beratungen optimal durchzuführen.

3.3 Eigene Stellungnahme

Eine gute und professionelle Beratung seitens pflegender Angehörige zum hygienischen Bandwechsel bei Dekubitus ab Grad II ist mir ein persönliches Anliegen. Im Rahmen meiner Arbeit als Außendienstmitarbeiterin eines Homecare-Unternehmens versuche ich hier, im Rahmen meiner Möglichkeiten, alle Aspekte einer guten Einweisung zu vermitteln. Dies trifft aber auf Grenzen, wobei schlechte hygienische Verhältnisse in Privathaushalten die größte Hürde darstellen. Des Weiteren kommt dazu, dass die behandelnden Hausärzte nicht immer die passenden Materialien für die Wundversorgung rezeptieren. Auch fehlendes Geld oder fehlende Einsicht in der Notwendigkeit seitens der Betroffenen

oder deren Angehörigen, aus eigener Tasche Materialien zu kaufen, zwingen mich dazu, die Beratung auf diese Gegebenheit anzupassen. Um meine Arbeit optimieren zu können, war es mir ein großes Anliegen, einen Ratgeber zu diesem Thema zu verfassen. Die Fachweiterbildung gab mir nun Gelegenheit, mich mit diesem Thema intensiv auseinanderzusetzen. Trotz erreichter Verbesserung der Dekubitusversorgung in den letzten Jahren ist ein Optimum noch nicht erreicht. Alle daran beteiligten Personengruppen sind aufgerufen, die Versorgung der betroffenen Personen zu verbessern, was mich selbst einschließt. Die Zeiten von Föhnen und Eisen in der Wundversorgung sind vorbei, die moderne feuchte Wundversorgung findet immer mehr Anklang, aber es liegen noch große Aufgaben vor uns, an denen ich mich mit dieser Arbeit beteiligen möchte.

3.4 Schlussbetrachtung

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass ohne entsprechende Information und Beratung der pflegenden Angehörigen in erster Linie kein adäquater hygienischer Bandwechsel stattfinden kann.

Pflegende Angehörige sind keine Fachkräfte und deshalb auf die Informationen und Beratung von Spezialisten angewiesen. Zum richtigen hygienischen Bandwechsel gehört nicht nur die Weitergabe der entsprechenden Informationen, die Angehörigen benötigen gleichermaßen auch eine praktische Unterweisung im Handling mit den Produkten und der Anwendung dessen. Drei Aspekte sind von besonderer Bedeutung: die reibungslose Zusammenarbeit aller beteiligten Gruppen und deren Beratung sowie die Weiterleitung an Spezialisten wie Wundexperten.

Helga Burke