

Modul 6 Zusammenfassung

C1

In Notfallsituationen situationsgerecht reagieren

C3

Bei der Begleitung von Klientinnen und Klienten in Krisensituationen mitwirken

C5

Klientinnen und Klienten mit Verwirrheitszuständen unterstützen

D4

Infusionen ohne medikamentöse Zusätze richten

D7

Ausführen medizinaltechnischer Verrichtungen (Wundheilung)

Aktualisiert

27.01.2024

Impressum

FaGe Ausbildung Erwachsene 2022 – 2024, Sursee

Autor und ©: Claudio Minutella

Kontakt: claudio@minutella.ch

www.fage.minutella.ch

Inhaltsverzeichnis

C1 Notfallsituationen	7
Kenntnisse / Haltung	7
Wahrnehmen und Beobachten.....	7
Ampelschema	7
Notfallkette.....	7
Notfallsituation BLS AED	8
Patientensituation	8
Reanimation - Wiederbelebung	8
Verbrennung.....	8
Definition.....	8
Symptome.....	8
Intervention	8
Hypovolämischer Schock.....	9
Definition.....	9
Ursache.....	9
Symptome.....	9
Intervention	9
Epileptischer Anfall.....	9
Definition.....	9
Ursache.....	9
Symptome.....	9
Intervention	10
HerzKreislaufstillstand	10
Definition.....	10
Ursache.....	10
Risiko.....	10
Symptome.....	10
Defusing und Debriefing.....	10
Ziele	10
C3 Klienten in Krisensituationen begleiten.....	11
Kenntnisse / Haltung	11
Krise.....	11
Definition.....	11
Ursache.....	11

Einflussfaktoren.....	11
Risikofaktoren	11
Kategorien.....	11
Krisenmerkmale.....	12
Funktionale Krisenmodell nach Caplan.....	12
Copingstrategien	12
Psychiatrischer Notfall.....	13
Definition.....	13
Symptome.....	13
Erkennung	13
Unterschied Krise – psychiatrischer Notfall	13
Intervention bei Krise / psychiatrischer Notfall.....	13
Suizidalität	14
Formen des Suizid.....	14
Abhängigkeitserkrankung	14
Risikofaktoren	14
Stufen der Übergänge	14
Medikamentenabhängigkeit.....	14
Essstörung.....	15
Anorexia nervosa	15
Bulimia nervosa.....	15
Binge-Eating-Disorder.....	15
Intervention	15
Alkoholentzug	16
C5 Klienten mit Verwirrheitszuständen unterstützen.....	17
Kenntnisse / Haltung	17
Desorientierung.....	17
Verwirrtheit.....	17
Verwirrtheit bei Demenz.....	17
Verwirrtheit bei Delirium	17
Verwirrtheit bei Depression.....	17
Ursachen für Delirium.....	17
Demenz.....	18
Definition.....	18
Ursachen	18

Risiko	18
Primäre Symptome	18
Sekundäre Symptome	18
Therapie	18
Delirium <-> Demenz	19
Delirium Demenz	19
Primärsymptome von Demenz (6 A).....	19
Drei Formen der Demenzerkrankung.....	19
Degenerative Demenz	19
Vaskuläre Demenz.....	19
Mischform	19
Alzheimer	20
Definition	20
Ursache.....	20
Symptome / Verlauf	20
Therapie	20
Medikamente bei Demenz	20
Medikamente bei Alzheimer	20
Medikament bei vaskulärer Demenz	20
Medikamente bei sekundärer Demenz.....	20
Andere Therapien.....	21
Pflegeintervention bei Demenz	21
Grundsätze	21
Im frühen Stadium	21
Im mittlerem Stadium.....	21
Im späten Stadium	21
Essen und Trinken	22
Waschen und Kleiden	22
Bewegung und Weglaufgefährdung.....	22
Ausscheidung und Schlafen	22
Milieutherapie.....	23
Tagesstruktur (gibt Sicherheit)	23
Wohngruppen	23
Kommunikation (ohne Validation) auch mit Angehörigen.....	23
Aktivierung und Beschäftigung bei Demenz.....	24

Validation bei Demenz.....	24
Prinzipien.....	24
D4 Infusion.....	25
Kenntnisse / Haltung	25
Flüssigkeitshaushalt	25
Intrazellulär	25
Extrazellulär.....	25
Osmose	25
Körper als Wasserwanne.....	25
Elektrolyte	26
Infusion	26
Ziel.....	26
Indikation.....	26
Infusionslösungen	26
Berechnung.....	26
Infusion Vorbereitung	27
Vorbereitung	27
Das Infusionsbesteck ->	27
Infusion Verabreichung	27
Verabreichungsart:.....	27
Überwachung.....	27
Infusion Komplikationen	28
Lageabhängig	28
Paravasal	28
Anaphylaxie	28
Blutrückfluss	28
Phlebitis.....	28
Weitere Komplikationen:	28
Gefahren	28
Pflegeintervention.....	28
D7 Ausführen med. Verrichtungen (Wundheilung).....	29
Kenntnisse / Haltung	29
Wundarten.....	29
Akute Wunden.....	29
Chronische Wunden.....	29

Primäre Wundheilung.....	29
Sekundäre Wundheilung	29
Einflussfaktoren.....	29
Wundheilungsphasen.....	30
Reinigungsphase	30
Granulationsphase	30
Epithelisierungsphase	30
Wunden dürfen NIE mit unsterilen Materialien in Berührung kommen.....	30
Wundversorgung	30
Produktgruppen	30
Nass-Trocken-Phase	31
Nassphase	31
Trockenphase.....	31
Nach der N-T Phase	31
Drainage	31
Wundbeurteilung.....	32
Für die Wundbeurteilung sind folgende Beobachtungskriterien wichtig:.....	32
U = Umgebung der Wunde:	32
R = Rand der Wunde:	32
G = Grund der Wunde:.....	32
E = Exsudat aus der Wunde:	32
Dekubitus - Ulcus.....	33
Dekubitus	33
Prophylaxe.....	33
Intervention	33

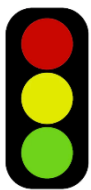
C1 Notfallsituationen

Kenntnisse / Haltung

- Kennt Zeichen von lebensbedrohlichen Komplikationen/Störungen
- Kennt Typische Notfallsituationen und die entsprechenden Massnahmen
- Bewahrt Ruhe und Übersicht
- Meldet Beobachtungen unverzüglich weiter.
- Leitet erste Notfallmassnahmen gemäss dem betrieblichen Notfallkonzept ein

Wahrnehmen und Beobachten

Ampelschema



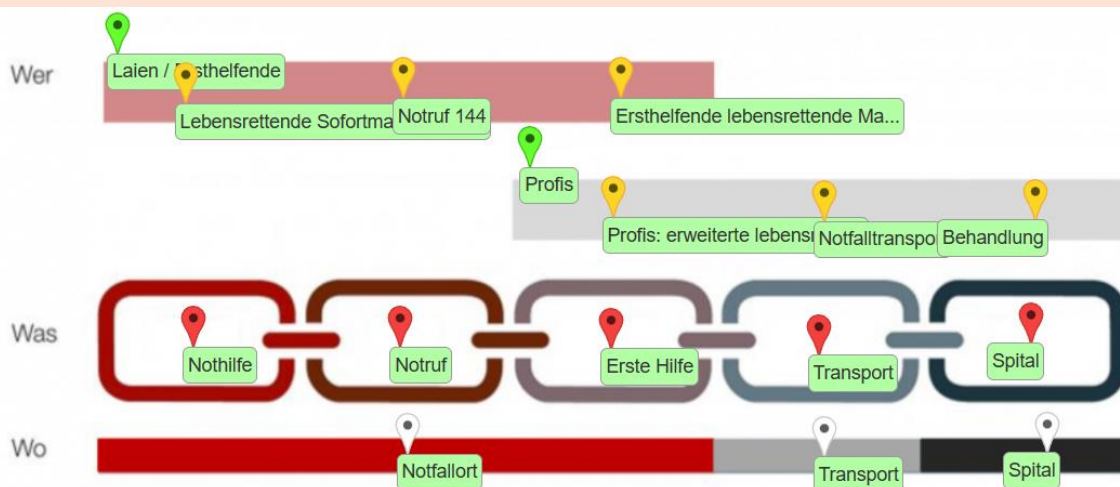
Schauen – was ist geschehen? Überblick schaffen

Denken – Erkennen, Sicherheit und Schutz evaluieren

Handeln – alarmieren, schützen, Sofortmassnahmen einleiten

Beim Alarmieren ist es wichtig, dass die Person möglichst ruhig und verständlich informiert.

Notfallkette



Notfallsituation BLS AED

Patientensituation

Patient	Beobachtung	Massnahme
Ansprechbar	redet, atmet	reden, berühren, fragen was los ist. Alarmieren, Hilfe holen,
Bewusstlos	bewusstlos, atmet	Schmerzreiz anwenden, Seitenlagerung, Alarmieren, Atmung kontrollieren.
Leblos	keine Atmung, nicht normal, (Schnappatmung)	alarmieren, reanimieren, beatmen, AED

Reanimation - Wiederbelebung

30 Thoraxkompression, danach 2 Beatmung (wenn möglich). Kompression ca 5-6 cm tief, immer komplett entlasten. Notfall auslösen, Defibrillator abwarten, starten und Anweisung befolgen.

Verbrennung

Definition

Verbrennung ist eine Zerstörung der Zellen. Es entsteht ein Hautdefekt mit Gewebeschaden. Dabei geht nicht nur Flüssigkeit verloren, sondern es entsteht ebenfalls eine grosse Infektionsgefahr.

Symptome

Verbrennungen werden nach ihrer Tiefe in Schweregrade eingeteilt:

- Grad 1 Blasenbildung, Rötung, oberste Epidermis
- Grad 2 Verbrennung bis zur Dermis, weitere Blasenbildung, Narben bleiben, sehr schmerzhaft, da die Nervenzellen in der Dermis ist
- Grad 3 Verbrennung bis Subcutis, ohne Schmerzen, da Dermis nicht mehr da ist.

Intervention

Hitzequelle muss entfernt werden, am besten mit Kühlung mit fliessendes Wasser. Ca 15 – 20 Minuten. Kein Eis und nicht zu lange, da sonst der Körper unterkühlen kann.

Bei grossflächiger Verbrennung und Bewusstlosigkeit sofort Notfall (144) auslösen

Eine Salben oder Hausmittel verwenden. Die Hitze muss raus.

Hypovolämischer Schock

Definition

Durch vermindertes Blutvolumen fällt der Blutdruck stark ab. Dabei werden wichtige Organe (Gehirn) unterversorgt und es kommt zu einem Sauerstoffmangel.

Ursache

Der Blutverlust kann durch äussere oder innere Verletzung auftreten. Der Blutdruck sinkt, die Organe werden zuwenig durchblutet, Stresshormone werden ausgeschüttet (Adrenalin). Die Organe werden nicht nur zuwenig durchblutet, sondern haben auch zuwenig Sauerstoff. Die Blutgefässe nehmen Schaden, verengen, Thrombosen können sich bilden und Gewebe wird nicht mehr durchblutet, Nekrosen entstehen bis das Organ versagt.

Symptome

- Blutdruckabfall
- blasse Haut
- Tachykardie (erhöhter Puls)
- kalter Schweiss
- erhöhte Atemfrequenz

Intervention

Alarmieren, Beine hochlagern, Intervenöse Verabreichung von Flüssigkeit. Dabei nimmt man 0.9% Isotonische Lösung, die ist sehr ähnlich dem Blutplasma.

Epileptischer Anfall

Definition

Durch plötzliche, unkontrollierte und gleichzeitiges Aussenden von Nervenimpulsen löst einen Krampfanfall aus.

Ursache

- Genetisch
- Schlafentzug
- Flackerndes Licht
- Medikamente
- Hypoglykämie
- Hirnverletzung, -blutung, -tumor

Symptome

Sehr vielfältige Symptomatik wie Krampf, Muskelzuckungen, Bewusstseinsverlust, heftiges Zucken der Muskeln und Skeletts. Aufgrund der Beeinträchtigung der Atmung kann Zyanose entstehen.

Intervention

Die Dauer kann von Sekunden bis mehreren Minuten sein. Danach ist der Mensch sehr erschöpft und braucht Ruhe. Wichtig:

- Auffangen und zu Boden gleiten lassen
- Umgebung frei machen (der Mensch schlägt um sich)
- Zeit des Anfalls messen
- Ruhe bewahren
- Nicht festhalten
- Hilfe anfordern
- Bei Person bleiben
- Nichts zu Trinken oder Medikamente geben. (Aspirationsgefahr)
- Bei erlangten Bewusstsein -> Stabile Seitenlage

HerzKreislaufstillstand

Definition

Aussetzen der Pumpfunktion des Herzmuskels

Ursache

Schlaganfall, Elektroschlag, Vergiftung

Risiko

Ohne Herzschlag fließt kein Blut, kein Sauerstoff gelangt in die Organe. Akute Lebensgefahr.

Symptome

Umfallen, im Stuhl zusammenbrechen. Keine Reaktion auf Ansprechen oder Schütteln. Keine Atmung.

Defusing und Debriefing

Nach jeder Notfallsituation wird reflektiert. Defusing wird unmittelbar nach der Situation und in kürzerer Version durchgeführt. Debriefing erfolgt meist nach ein paar Tagen und geht genauer in die Situation rein. Das gibt Zeit um Distanz zur Notfallsituation zu erhalten.

Ziele

- Linderung von möglichen Auswirkungen der erlebten Notfallsituation
- Optimierung des Bewältigungsprozess
- Abklären wer noch Unterstützung braucht

C3 Klienten in Krisensituationen begleiten

Kenntnisse / Haltung

- Abhängigkeitserkrankungen, z. B. Medikamentenabusus, Alkoholabusus, Essstörungen
- Früherkennung von Anzeichen einer psychischen Krise
- Modelle der Krisenentwicklung und Krisenmanagementintervention
- Erkennt Anzeichen einer psychischen Krise
- Wirkt bei Deeskalation mit
- Kommuniziert transparent und nachvollziehbar

Krise

Definition

Eine Krise ist eine Entscheidung oder Wendepunkt in einer stark angespannten Situation. Krisen sind emotionale Ausnahmezustände mit hohem Leidensdruck. Eine Krise ist auch eine Chance.

Ursache

- Verlust von Beziehungen, Job, Gesundheit, Eigentum
- Konflikte in Beziehungen
- Betrug
- Mobbing

Einflussfaktoren

Kann seelisch, körperlich, sozial und ökologische Faktoren sein.

Risikofaktoren

- Entwicklung (Pubertät, Pensionierung, Umzug)
- Global (Krieg, Umwelt)
- Kritische Lebensereignisse (siehe Kategorien unten)

Kategorien

Verlustkrise (Tod, Arbeit, Gesundheit, Geld)

Beziehungskrise (Scheidung, Streit, Einsamkeit)

Leistungskrise (Über/Unterforderung, gesundheitlich, Pensionierung)

Krisenmerkmale

- Eingeschränkte oder verzerrte Wahrnehmung
- Negatives Denken, eingeschränkte Problemlösung, sich im Kreisdrehen
- Verlust Zukunftsperspektive, aussichtslos, keine Hoffnung, Motivation
- Orientierungslosigkeit Verpassen von Terminen und Aufgaben
- Gefühlsbetonte Reaktion, Wut, Trauer, Angst, Aggression
- Veränderung der Psychomotorik, Hektik, Unruhig, Rumfuchteln
- Körperliche Symptome Stress, Kopfschmerzen, Ausschlag, Schlafstörung, Verdauungsstörung

Funktionale Krisenmodell nach Caplan

Dieses Modell kann aufzeigen, wie eine Krise entsteht und verläuft.

1. Phase: routiniert Reaktion wie Angst, kurzfristige Lösung
2. Phase: Unsicherheit und Überforderung
3. Phase: Abwehr, Mobilisation, Strategien erarbeiten
4. Phase: Erschöpfung, Verschlechterung bis zum Zusammenbruch

Copingstrategien

Um Krisen zu bewältigen, braucht es Copingstrategien. Mit einer Copingstrategie wende ich Ressourcen an.

Positive Strategie werden die Belastungen bewältigt und gibt eine Chance zur Verbesserung.

Negative Strategie bleibt/verstärkt die Belastung. Die Selbst/Fremdgefährdung steigt.

Definition

Ein psychiatrischer Notfall liegt vor, wenn eine Gefährdung für den Betroffenen oder Menschen in seine Umgebung entsteht. Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen verfügen oft über weniger Ressourcen. Psychiatrische Notfälle äussert sich sehr unterschiedlich und individuell. Bei Notfällen kann man nicht überlegen oder diskutieren, man muss handeln.

Symptome

- Suizidale Gedanken oder Suizidversuch
- Akute Verwirrtheit
- Angst- und Erregungszustände
- Aggressives Verhalten

Erkennung

Anzeichen wie eingeschränkte oder verzerrte Wahrnehmung können wahrgenommen werden. Da jeder Mensch individuell auf Krisen reagiert und unterschiedliche Ressourcen mobilisieren kann, ist die Beziehung und Vertrauen zur betroffenen Person sehr wichtig. Achtsamkeit und Nachfragen kann eine frühzeitiges Erkennen helfen.

Unterschied Krise – psychiatrischer Notfall

Krise	psychiatrischer Notfall
Chronische Suizidalität	Akutes Delirium bei Drogen, Alkohol
Burnout, Erschöpfung, Depression	Manie, fehlende Selbsteinschätzung
Zwangsstörungen	Depression mit akuter Suizidalität
Entzugssymptome bei Drogen, Medi, Alkohol	Psychose mit Wahn und Aggressivität
Verlust durch Scheidung, Tod	Impulskontrollverlust (Wut, Gewalt)

Intervention bei Krise / psychiatrischer Notfall

Krise (Hilfeleistung)	psychiatrischer Notfall (sofort)
Situation benennen, Empathie zeigen	Person vor Gefahr schützen
aktiv Zuhören	Umgebung vor Fremdgefährdung schützen
Gefühle ausdrücken	Ärztliche Hilfe holen
Copingstrategien erfragen	Ruhiges, kompetentes Auftreten
Ablenkung (Musik, Spazieren, Radio TV)	Person nicht allein lassen
Keine Ratschläge	kurze, klare Sätze: «ich sehe, es geht ihnen nicht gut, ich hole Hilfe»

Suizidalität

Die Begriffe sind wie folgt eingeteilt:

Wunsch nach Ruhe - Mässige Suizidgefahr

Suizidalgedanke - Zunehmender Handlungsdruck

Suizidabsicht – Hohe Suizidgefahr

Suizidhandlung – Handlung

Beobachtungen über Suizidalgedanken und Suizidabsichten müssen sofort gemeldet werden.

Formen des Suizid

Kurzschluss-Suizid (zwischen Entscheid und Handlung vergehen weniger als 6h)

Erweiterter Suizid (Mitmenschen werden mit in den Tod genommen)

Bilanz-Suizid (Krankheit wird analysiert, es lohnt sich nicht zu Leben)

Abhängigkeitserkrankung

Es gibt Substanzabhängigkeit (Alkohol, Drogen, Tabak, etc.) und nicht Substanzabhängigkeit (Glücksspiel, Computer, Arbeitssucht, Sexsucht, Esssucht, Kaufsucht, etc.)

Risikofaktoren

- Soziales Umfeld (Stresse, Familie, Schule, Arbeit)
- Persönlichkeit (Selbstwertgefühl, Resilienz)
- Suchtmittel Art und Dauer
- Gesellschaft (Leistungsorientiert, Konsumverhalten, negative Einstellung)

Stufen der Übergänge

- Genuss – Ich nehme es aus Genuss
- Missbrauch – es braucht einen Trigger und ich nehme es als Copingstrategie
- Gewöhnung – Ich nehme es auch ohne Trigger
- Sucht – ich brauche es immer, ist zentral im Leben.

Medikamentenabhängigkeit

Opioide	Heroin/Koks/Fentanyl	Höchstes Abhängigkeitspotenzial
Hypnotika	Temesta, Valium	Hohes Abhängigkeitspotenzial

Anorexia nervosa

Dieses Krankheitsbild ist bei einem BMI unter 17.5 definiert. Die Körperwahrnehmung ist verändert, Betroffenen sehen sich nicht krank, sie nehmen zuwenig Nahrungsmittel zu sich, meist verbunden mit exzessivem Sport.

Symptome

Muskelschwäche, Hypertonie, Schwindel, Bradykardie, Herzrhythmusstörung, Bauchschmerzen, niedrige Körpertemperatur, Obstipation, Anämie

Bulimia nervosa

Der BMI ist im normalen Bereich und daher von aussenstehenden kaum wahrnehmbar. Bei einer Heiss hungerattacke essen betroffene zu viel und erbrechen durch manuellen Reiz den Inhalt aus. Das Erbrechen ist kräftezehrend und zeitaufwändig.

Symptome

Stoffwechselstörung, hormonelle Störungen, Verschiebung von Wasser/Elektrolythaushalt, Verätzung der Speiseröhre, Erschöpfung, Sozialer Rückzug, Zahnfleisch verändert wegen der Magensäure.

Binge-Eating-Disorder

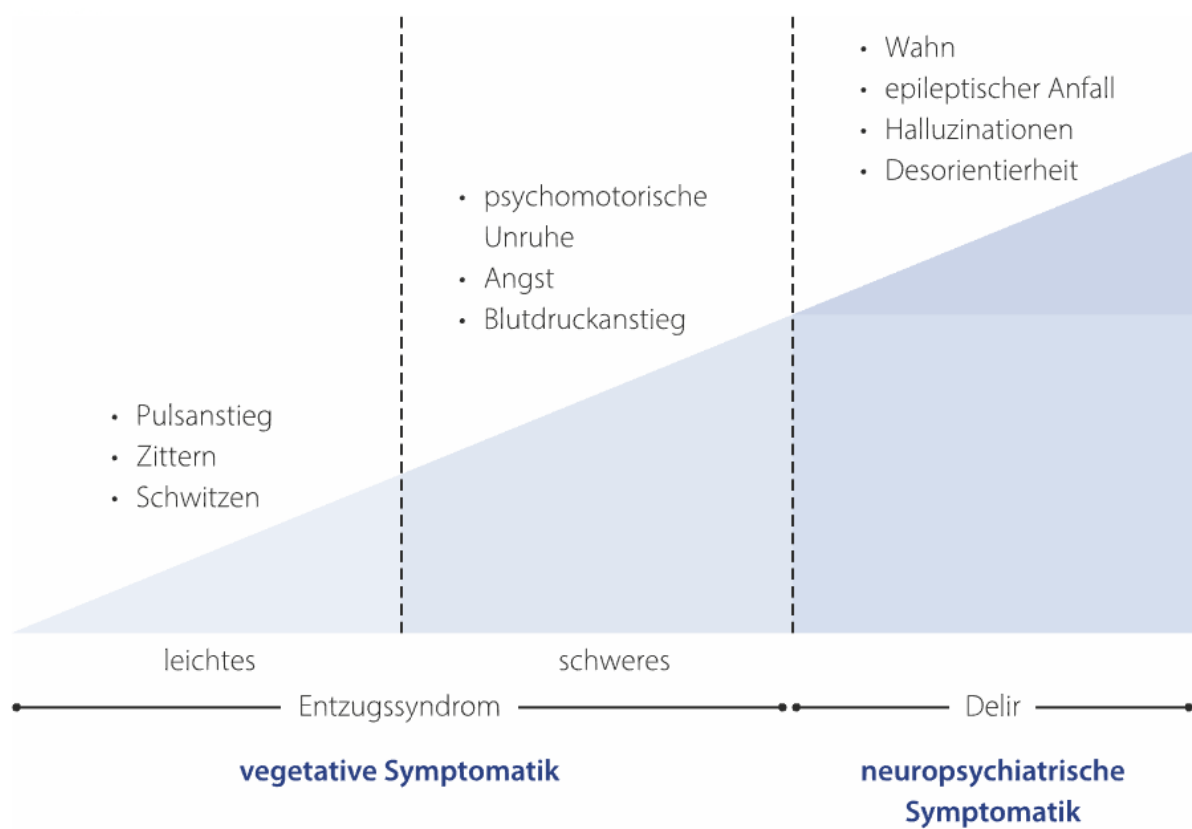
Betroffene leiden an unkontrollierbaren Heiss hungerattacken, sie brechen jedoch das Essen nicht aus. Die Folge -> Adipositas. Das Essen ist Ersatz für unerfüllte emotionalen Bedürfnisse.

Symptome

Betroffene sind hilflos ausgeliefert, haben keine Kontrolle und fühlen Wut, Trauer, schämen sich, sind unzufrieden, etc.

Intervention

- Regeln vereinbaren und einhalten
- Regelmässige Gewichtskontrolle
- Tricke erkennen
- Behandlungen einhalten (Bettruhe, nach dem Essen nicht alleine lassen)
- Ess- Trinkverhalten beobachten
- Essen konstruktiv gestalten: einkaufen, kochen
- Medikamenteneinnahme kontrollieren/überwachen
- Zimmerkontrolle auf verstecktes Essen
- Toilettengang bis 1h nach dem Essen nicht erlauben
- Motivation für ein Tagebuch, Selbstkontrolle
- Ressourcen im ATL erkennen und fördern (Musik, Spielen, Schreiben)



C5 Klienten mit Verwirrheitszuständen unterstützen

Kenntnisse / Haltung

- Interventionsmöglichkeiten von Delir
- Ich kenne den Unterschied von Verwirrtheit und Delir
- Ich kenne die unterschiedlichen Demenzformen

Desorientierung

Ist eine Störung des normalen Selbst-, Raum- und Zeitempfinden. Der Betroffene verliert das Zeitgefühl, weiss nicht, ob es Tag oder Nacht ist, fällt es schwer sich zu orientieren, kennt den Weg nicht oder kennt weder seinen Namen oder Geburtstag.

Verwirrtheit

Verwirrtheit bei Demenz

Hier spricht man von einer chronischen Verwirrtheit

Verwirrtheit bei Delirium

Ist eine akute Verwirrtheit. Plötzliches Auftreten mit z.T. Beeinträchtigung des Bewusstseins. Zusammenhangsloses Denken / Sprechen, visuelle oder akustische Halluzinationen sind möglich.

Verwirrtheit bei Depression

Depressionen können ähnliche Symptome wie Konzentration- und Bewusstseinsstörung hervorrufen, bis zu Halluzinationen.

Ursachen für Delirium

- Dehydration
- Sauerstoffmangel im Gehirn
- Akute Infektion
- Nebenwirkung von Medikamenten
- Alkoholentzug
- Postoperative Phase

Definition

Bedeutet «ohne Geist» Ein Sammelbegriff für chronische Hirnerkrankung, charakterisiert durch fortschreitendem Verlust kognitiver Fähigkeiten. Demenz ist irreversibel und unheilbar.

Ursachen

Absterben der Nervenzellen, entweder degenerativ (Abbau) oder vaskulär (Durchblutungsstörung) im Gehirn.

Risiko

Beeinflussbar:

- Rauchen
- Diabetes
- Hypertonie
- Adipositas
- Bewegungsmangel

Nicht beeinflussbar:

- Wichtigstes Risikofaktor ist die Entstehung im hohen Alter.
- Dauernder und erheblicher Alkoholkonsum
- Erblich veranlagt
- Männliches Geschlecht

Primäre Symptome

- Amnesie (Vergesslichkeit)
- Sprachstörung
- Desorientierung
- Körperlicher Abbau

Sekundäre Symptome

- Angst, Depression
- Apathie
- Sozialer Rückzug
- Unruhe
- Aggressivität / Wut
- Persönlichkeitsveränderung
- Wahnsymptome

Therapie

Früherkennung ist die wirksamste Prognose. Das sind zunehmende Vergesslichkeit, Wortfindungsstörungen, Orientierungsprobleme, einfache Tätigkeiten (Schuhe binden). Oder scheinbar grundlose Stimmungsschwankungen, Wut, Verzweiflung. Daraus resultiert ein sozialer Rückzug, Passivität, Ausreden, Selbstversorgungsdefizit.

Delirium <-> Demenz

Delirium

Akut, plötzlich aufgetreten
dauert Tage – Monate
vollständig reversibel
frühe Desorientierung
deutliche physiologische Veränderung
getrübtes Bewusstsein
keine reduzierte Aufmerksamkeit

Demenz

langsamer Verlauf
chronisch, jahrelang
irreversibel
späte Desorientierung
weniger deutliche physiologische Veränderung
Bewusstsein ist erst in der Endphase getrübt
Sehr kurze Aufmerksamkeitsspanne

Primärsymptome von Demenz (6 A)

Amnesie	Gedächtnisstörung, Vergesslichkeit
Aphasie	Sprachstörung
Apraxie	Störung der Handlung, automatischer Ablauf
Agnosie	Störung des Erkennens
Abstraktionsfähigkeitsverlust	Störung der Problemlösung, Planen, Geld, logisches Denken
Assessmentstörung	Verlust von Urteil- und Kritikfähigkeit

Drei Formen der Demenzerkrankung

Degenerative Demenz

Ist die häufigste Form und entsteht durch den Abbau der Nervenzellen. Proteinablagerung an Nervenzellen. Typisch Alzheimer.

Vaskuläre Demenz

Wird durch chronische Durchblutungsstörung (im Gehirn) verursacht. Ischämie ausgelöst durch Arteriosklerose.

Mischform

Oft liegt eine Mischform beider Typen vor.

Alzheimer

Definition

Ist eine degenerative Demenzform (Absterben der Nervenzellen) und kann erst nach dem Tod zu 100% Sicherheit festgestellt werden. Zu Lebzeiten braucht es mehrere medizinische Diagnosen, um dies festzustellen.

Ursache

Absterben der Nervenzellen. Der Neurotransmitter (Acetylcholin) sterben durch Proteinablagerungen ab.

Symptome / Verlauf

Zu Beginn: Gedächtnisstörung, Sprachstörung oder Wortfindungsstörung. Typisch auch abrupte Verschlechterung aufgrund der vaskulären Ursache.

Im mittlerem Stadium Probleme bei der Bewältigung des Alltags, Gleichgewicht, Vergesslichkeit, Sprachschwierigkeiten, Orientierungsprobleme in Zeit und Ort.

Zunehmend Handlungsschwierigkeiten wie Essen, Trinken, An/Auskleiden. Es kommt zum körperlichen Abbau. Abhängig von Pflegepersonen.

Therapie

Das Ziel dabei ist, die Erkrankung zu verzögern und die Lebensqualität zu verbessern. Dazu stehen Medikamente zur Verfügung.

Medikamente bei Demenz

Medikamente bei Alzheimer

Dabei werden Medikamente verwendet, die den Abbau des Acetylcholin hemmen, z.B. Aricept oder Reminyl. Das Acetylcholin wird bei Alzheimer in geringem Ausmass produziert, durch das Medikament kann es länger wirken. Diese Cholinesterasehemmer wirken besser, je früher man damit beginnt. Die kognitive Fähigkeit bleibt länger erhalten.

Medikament bei vaskulärer Demenz

Hier wirken Medikamente wie diese bei Schlaganfall Prophylaxe: Hypertonie, hohe Blutfettwerte und Diabetes. Aspirin Cardio z.B. beugt die Bildung von Thrombosen vor, was Durchblutungsstörung im Gehirn vermeiden kann.

Medikamente bei sekundärer Demenz

Neuroleptika (Quetiapin, Haloperidol) gegen Unruhe, Verhaltensstörungen, Aggressivität. Allerdings muss das genau evaluiert werden, da die Nebenwirkungen und Schlaganfallrisiko hoch sind.

Andere Therapien

- Förderung Selbstwertgefühl
- Zwischenmenschliche Kontakte
- Ambiente schaffen, das Vertrautheit schafft. Sturzrisiko vermeiden.
- Gedächtnistraining (Kreuzworträtsel)
- Ergotherapien (Gehtraining)
- Musik- und Maltherapie

Pflegeintervention bei Demenz

Grundsätze

- Erhalten der Selbständigkeit
- Akzeptanz und Wertschätzung
- Vermittlung von Sicherheit
- Kontinuität der Pflege
- Therapeutisches Milieu (Umgebung gestalten für Sicherheit, Orientierung)
- Aktivierungsangebote
- Angepasste Kommunikation

Im frühen Stadium

Klare, geordnete Tagesstruktur gegen Angst und Verwirrung. Durch Rituale wird Orientierung vermittelt. (Frühstück zur selben Zeit und Ort einnehmen)

Im mittlerem Stadium

Unruhe und veränderte Verhaltensweise sind hier oft vorhanden. Da ist es wichtig, gesicherte Wege (Garten, grosse Räume) anzubieten, wobei die Unfallgefahr gut im Auge behalten werden muss. Das ethische Dilemma liegt darin, Verantwortung und Bevormundung gut abzuwägen.

Im späten Stadium

Hier ist der Bewohner vollständig auf Hilfe angewiesen. Umfeld schaffen, um Geborgenheit zu vermitteln. Milieuthherapie, basale Stimulation oder Validation.

Essen und Trinken

Anfangsstadium

- Ruhige Umgebung
- Anleiten
- Appetitanregende Kost
- Zeit geben
- Hilfsmittel verwenden (Schnabelbecher, Besteck)

Vorgeschrittenes Stadium

- Ruhige Umgebung
- Fingerfood
- Püriert
- Zeit geben

Waschen und Kleiden

- Ressourcen und Selbständigkeit fördern
- Zeitpunkt der Pflege individuell
- Rituale einhalten
- Pflege im Bett
- Wetter angepasste Kleider
- Basale Stimulation
- Persönliche Sachen anziehen (Ringe, Schmuck)

Bewegung und Weglaufgefährdung

Unruhe und Bewegungseinschränkung führt zu Immobilität, Apathie, Passivität. Daher gilt Aktivieren wie Spazieren, Tanzen, Laufen lassen, etc.

Ausscheidung und Schlafen

Demenz führt oft zu Inkontinenz und der Bewohner schämt sich oft. Selbständigkeit zum WC-Gang fördern und unterstützen. Dies kann erreicht werden mit gutem Licht im WC, warmer Raum, bequeme Kleider, Erinnern an WC, auf Unruhe achten, Zeit geben.

Schlafstörungen sind typisch wegen Bewegungsmangel, Mittagsschlaf, Unruhe.

Intervention: Bewegung, Tags/Nachtlicht, Rituale am Abend, Tee anbieten, Vorlesen, Beten, sanfte Musik.

Milieuthherapie

- Umgebung angenehm gestalten
- Soziales Umfeld
- Partizipation
- Kommunikation

Tagesstruktur (gibt Sicherheit)

- Biografie kennen und einsetzen
- Individuelle Betreuung
- Klarer Tagesablauf
- Gewohnheiten
- Aktivierung
- Ressourcen einbeziehen/fördern

Wohngruppen

- Leben in der Gemeinschaft
- Einbeziehen in Aktivitäten wie Jassen, Backen, Basteln, Spiele
- Räume gestalten nach Jahreszeiten

Kommunikation (ohne Validation) auch mit Angehörigen

Regeln:

- Empathie und Geduld
- Zeit
- Nonverbale Kommunikation (Mimik, Gestik, Körpersprache) achten und anwenden
- Geschlossene Fragen (Ja/Nein)
- Kontaktaufnahme klar und deutlich
- Ruhige Umgebung
- Kommunikationshilfen nutzen (Brille, Piktogramme, Hörgerät, etc)
- Positive Formulierung
- Klarer Tagesablauf (Essenszeit, Sitzplatz, Pflege, immer gleich)

Die Angehörige sind verschiedenen Problematiken ausgesetzt:

- Psychisch
- Sozial
- Physisch
- Finanziell

Aktivierung und Beschäftigung bei Demenz

Diese dienen zur Aufrechterhaltung der Fähigkeiten und Selbstwertgefühl

Keine Ablenkung (Radio, TV) bei einer Beschäftigung und wertschätzend und Empathisch vorgehen.

Musik sind im Langzeitgedächtnis verankert und noch gut abrufbar.

Erinnerungspflege durch alte Fotos, Gegenstände oder Postkarten.

Sprichwörter und Redewendungen erinnern sich Bewohner oft gut.

Einfache Gesellschaftsspiele fördert Konzentration und Erinnerungen. Memory, Domino, Eile mit Weile, Jassen.

Bewegung (Spazieren, Tanzen, leichter Sport) hilft gegen Immobilität und verbessert die Motorik. Zudem wirkt das gegen Sturzgefahr.

Sinnvolle Aufgaben (Haushalt, Kochen, Tisch decken, Gartenpflege, Geschirr spülen) erinnern an die Biografie.

Validation bei Demenz

Validation ist keine Methode, sondern eine Haltung, die man der Person entgegenbringt. Das Ziel ist dabei, beim Betroffenen Verständnis zu vermitteln.

Diese Haltung ist wertschätzend und empathisch. Die Kommunikation ist im Hier und Jetzt. Oft ist das ein Monolog, der Patient gibt dabei oft nur mit Kopfnicken oder Blickkontakt Zustimmung.

4 Prinzipien der Validation

- Gefühle wahrnehmen. Warum wird so reagiert?
- Persönliches Echo: Annehmen, Wertschätzen, die Gefühle wiederholen.
- Generelles Echo: Sprichwörter zum Thema: «Kleine Kinder kleine Sorgen...»
- Biografisches Echo mit Lebensthema: « Sie sind eine wunderbare Mutter»

Je häufiger man agiert, desto seltener muss man reagieren.

D4 Infusion

Kenntnisse / Haltung

- Verschiedene Infusionslösungen
- Gefahren und Komplikationen der Infusionstherapie
- Flüssigkeitshaushalt
- Infusion richten und verabreichen

Flüssigkeitshaushalt

Wasser ist die Grundlage des Lebens. Wir bestehen aus ca. 60% Wasser. Mit dem Hautfaltentest kann der Turgor kontrolliert werden, was Aufschluss auf den Flüssigkeitshaushalt gibt.

Zuviel Wasser sammelt sich an und heisst Ödem. Ursachen sind Herz- oder Niereninsuffizienz. Flüssigkeit sammelt sich dort an, wo das Gewebe weich ist.

Intrazellulär

Die Flüssigkeit in den Zellen, hat einen konstanten Salzgehalt. Dies besteht aus verschiedene Ionen wie Natrium, Kalium, Calcium, etc. und sind Elektrolyte. Der Gehalt ist hier bei 0.9% konstant.

Extrazellulär

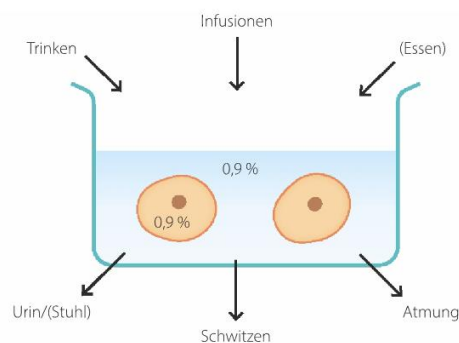
Das ist Flüssigkeit Intravasal (in den Gefässen) und Interstitium (um die Zellen) und hat den selben Salzgehalt.

Osmose

Zwischen den Flüssigkeiten liegt die Zellmembran, das Salz kann da nicht passieren. Um die Konzentration gleich zu halten, geschieht das mit **Osmose**. D.h. es wird mehr Wasser eingelagert, wo die Konzentration hoch ist. Dadurch sinkt auf der Seite die Konzentration.

Der höchste Anteil der Salze ist Natrium, daher ist diese Substanz sehr wichtig beim Beurteilen des Ausgleichs. Ein Ungleich von Natrium führt nicht nur zu Ödeme, sondern das Nervengewebe reagiert sehr empfindlich auf den Natriumspiegel: Erbrechen, Schwindel, Kopfschmerzen, Übelkeit.

Körper als Wasserwanne



Elektrolyte

Natrium	Extrazellulärraum, für Osmose sehr wichtig
Kalium	Intrazellulärraum, für Herzrhythmus und Insulin -> Zellen
Kalzium	Knochen und Zähne
Magnesiums	Nerven zu den Muskeln
Chlorid	Extrazellulärraum, für Osmose sehr wichtig
Phosphat	Baustein

Infusion

Ziel

- Lösungen von Medikamente intravenös verabreichen
- Wasser- Elektrolythaushalt ausgleichen
- Blutverlust ersetzen
- Parenterale Ernährung (Sondennahrung)

Indikation

- Erhaltungstherapie / Nicht trinken dürfen/können
- Trägerlösung / Medikamente intravenös verabreichen wie Antibiotika, Analgetika
- Regulierungstherapie / Tagesbedarf an Elektrolyse und Glucose
- Ersatztherapie / Volumenmangel
- Parenterale Ernährung

Infusionslösungen

Isotone Lösung (sehr ähnlich dem Blutplasma) = 300 mosmol / L

Hypertone Lösung = > 310 mosmol / L (Osmotischer Druck > Blutplasma)

Hypotone Lösung = < 270 mosmol / L (Osmotischer Druck < Blutplasma)

Berechnung

Menge pro Tag, z.b. 1500ml/24h = 62.5 ml/h

1 ml = 20 Tropen, das gibt $62.5 \times 20 / 60 \text{ min} = 20.8 \text{ Tropen/Minuten}$

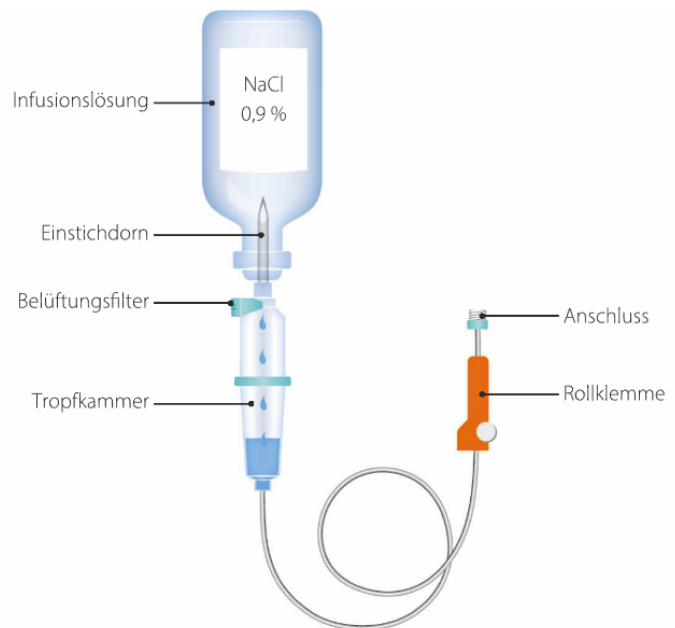
Infusion Vorbereitung

Vorbereitung

- Der Patient muss informiert werden
- Medi nach 6R kontrollieren, Etikett beachten
- Hygienestandards Einhalten

Das Infusionsbesteck ->

Der Verband muss fest kleben und muss bei Verschmutzung erneuert werden. Ebenso muss die ESS inspiziert werden.



Infusion Verabreichung

Verabreichungsart:

- Peripher venöse Infusion (Handrücken)
- Zentralvenöse Infusion (grosse Körpervene, Halsschlagader)
- Subkutane Infusion (Palliativ, Langzeit)
- Intraossäre Infusion (Säugling Notfall)

Überwachung

Sowohl die Infusion als auch der Klient (Vitalzeichen, Schmerzen) muss überwacht werden:

Medikament nach 6R kontrollieren, Rollklemme offen, Belüftung offen (bei Glasbehälter) kein Knick im Schlauch, keine Luftblasen, Dreiweghahn korrekt offen, gut verbunden, Verband sauber, Anzeichen von Infektion bei der ESS.

Die Dokumentation ist ebenso wichtig, wie auch die Kontrolle der Einlaufgeschwindigkeit, Dichtigkeit und Wohlbefinden.

Infusion Komplikationen

Verschiedene Komplikationen können auftreten:

Lageabhängig

Bei Änderung des Arms kann die Kanülenspitze an die Venenwand anstehen und daher die Fliessgeschwindigkeit beeinflussen.

Paravasal

Die Infusion fliesst nicht in die Vene, sondern ins Gewebe. Lokale Ödembildung

Anaphylaxie

Allergische Reaktion auf Medikamente.

Blutrückfluss

Wenn der Druck in der Vene höher als im Infusionsbesteck ist. Z.B wenn die Infusion leer ist oder die Infusion liegt unter dem Armniveau bei offener Klemme. Dies ist zu vermeiden, weil sonst die Kontamination begünstigt wird.

Phlebitis

Infektion bei der Einstichstelle. Regelmässig auf Infektionszeichen (bakterielle) achten, kann auch mechanische oder chemische Reizung sein.

Weitere Komplikationen:

- ESS blutet weiter, Patient ist Antikoaguliert
- Klient hustet, niest, Juckreiz -> Anaphylaxie
- Fliessgeschwindigkeit stimmt nicht / Rollklemme,

Gefahren

Zu hohe Fliessgeschwindigkeit kann zu Herzinsuffizienz führen, die Flüssigkeit staut und kann zu einem Lungenödem führen. Fliesst gar nichts mehr, kann es verstopfen. Eine Infusion muss immer laufen.

Luft in der Infusion kann zu einer Luftembolie in der Lunge führen. Das Besteck muss immer luftleer sein.

Pflegeintervention

Tritt eine Phlebitis (Entzündung der ESS) oder Paravasal (nicht in die Vene) auf, muss die Infusion sofort gestoppt und der Venenkatheter entfernt werden. Die Entzündung korrekt behandeln.

Bei einer Anaphylaxie muss die Infusion sofort gestoppt werden und melden an Dipl. oder Arzt. Je nach Symptom muss dementsprechend gehandelt werden. Der Katheter bleibt, um allenfalls Medikamente einzugeben. Wichtig sind die Überwachung der Vitalzeichen in kurzen Abständen.

D7 Ausführen med. Verrichtungen (Wundheilung)

Kenntnisse / Haltung

- Wundarten, Wundverlauf
- Entstehung und Behandlung chronischer Wunden
- Verbandsmaterial kennen
- Wundverlauf beobachten, dokumentieren, behandeln
- Dekubitus erkennen und Massnahmen ergreifen
- Eigenschutz und Intimsphäre wahren

Wundarten

Akute Wunden

Als akute Wunde wird eine Wunde bezeichnet, die die Stadien der Wundheilung ohne Komplikationen durchläuft und innerhalb 2-3 Wochen abheilt. (z.B. Verbrennung, Punktion, Schnittverletzung, Erfrierung, Bisswunden, Elektrowunden)

Chronische Wunden

Als chronische Wunde wird eine sekundäre Wunde eingestuft, wenn sie trotz fachgerechter Behandlung innerhalb von 3 Monaten keine Heilung eintritt. (z.B. Ulcus, Diabetisches Fussyndrom, Dekubitus, Tumor)

Primäre Wundheilung

Für eine gute Wundheilung muss der Wundrand glatt, enganliegend, minimaler Gewebedefekt, gut durchblutet und keine Fremdkörper vorhanden sein. Kann gut operativ behandelt werden.

Sekundäre Wundheilung

Grosse Gewebedefekte wie offene Wunden, die nicht gut genäht werden können. Ulcus, Verbrennungen, Dekubitus. Die Wunde muss mit Verbänden von Grund neu «aufgebaut» werden.

Einflussfaktoren

- Alter des Klienten
- Diabetes mellitus
- Herz-Kreislaufstörungen
- Lage der Wunde
- Art der Wunde
- Keimbesiedlung
- Mangelernährung, Adipositas
- Immungeschwächte
- Druck, Auskühlung, schlechte Durchblutung der Wunde

Wundheilungsphasen

Reinigungsphase

- Blutgefässe erweitern sich
- Abwehrzellen wandern ins Gewebe
- Starke Exsudation
- Entzündungszeichen

Granulationsphase

- Kapillaren spriessen ein
- Bindegewebezellen vermehren sich
- Gut durchblutet
- Abnehmende Exsudation

Epithelisierungsphase

- Epithelzellen bilden sich vom Rand
- Kaum mehr Exsudat
- Farbe rosa bis hellrosa

Wunden dürfen NIE mit unsterilen Materialien in Berührung kommen!

Wundversorgung

Kontaminierte Wunde: Mikroorganismen sind nachweisbar, jedoch nicht vermehrt. Die Wundheilung geht in der Regel problemlos.

Kolonisierte Wunde: Die Keime haben sich vermehrt, beeinträchtigen die Heilung jedoch kaum.

Infizierte Wunde: charakterisiert durch Entzündungszeichen, Schmerz, vergrösserte Wunde, Geruch, Fieber Die Heilung ist hierbei stark gestört.

Eine sekundäre Wundheilung braucht eine feuchte Wunde auf dem Grund, der Kontakt soll gut gewährleistet sein. Zusätzlich kann eine Folie darüber appliziert werden, um die Wunde länger feucht zu halten.

Bei viel Exsudat muss die Wunde täglich gewechselt werden. Ein Wechsel ist jedoch immer ein öffnen der Wunde kann kontraproduktiv sein.

Produktgruppen

Folien	semioklusiv, schützt die Wunde vor Schmutz und Keimen.
Hydrogel	Ein Hydrogel kann die Wunde länger feucht halten.
Hydrofaser	saugt das Exsudat rasch auf. Schützt den Wundrand vor Mazeration.
Hydrokolloide	Quillt durch das Exsudat auf und hält die Wunde feucht. Bei kl. Wunden
Alginate	wirkt auch blutstillend und kann viel Exsudat aufnehmen.
Silberhaltige..	breites bakterielles Wirkspektrum
Schaumstoffe	nehmen viel Exsudat auf ohne auf der Wunde zu kleben.
Aktivkohle	bindet unangenehmer Geruch.

Nass-Trocken-Phase

Ist eine Form der Wundreinigung. Im Gegensatz zur Wundreinigung wird hiermit der Wundrand und die Wundumgebung miteinbezogen.

Nassphase

- Spüllösung zimmerwarm anwenden
- Drei durchtränkte Kompressen auflegen, leicht andrücken. Die Kompressen müssen mit dem Wundgrund guten Kontakt haben. Darüber zwei trocken Kompressen und Netzverband oder Gazebinde auflegen
- Dauer zwischen 5-30 Minuten, je nach Fibrinbelag, Spüllösung und Umgebung
- Mit Pinzette Kompressen entfernen
- Wunde mechanisch reinigen

Trockenphase

- Zwei trockene, sterile Komresse auf die Wunde und Umgebung legen
- Evtl. fixieren
- Dauer nach Zustand, die Wunde darf nicht austrocknen

Nach der N-T Phase

- Nach dem Entfernen der Kompressen, alles entsorgen, Wunde beurteilen.

Drainage

Braucht es, um Wundsekret abzuleiten. Es gibt Systeme mit Sog, bedeutet mit leichtem Unterdruck. Damit wird ein Exsudat-stau verhindert, um das Risiko von Infektionen zu mindern und/oder Schmerzen zu reduzieren.

Für die Wundbeurteilung sind folgende Beobachtungskriterien wichtig:

- Allgemeines Befinden der Klientin/ des Klienten?
- Wie haftet der Verband?
- Wie sieht der Verband aus?
- Lokalisation der Wunde
- Wundinspektion (Wundlänge, -breite, -tiefe, Taschenbildung, Fistel)
- Wundbeschreibung (z. B. URGE)
- Infektions- und Entzündungszeichen?
- Schmerz?

Die Wundbeschreibung kann mit **URGE** näher beschrieben werden.

U = Umgebung der Wunde:

- Farbe: gerötet (Zeichen für Entzündung), blass, verfärbt (schlechte Durchblutung, Druckeinwirkung oder Stauung)
- Hautstruktur; reizlos, glatt, pergamentartig, geschwollen, schuppig, trocken, glänzend, straff, haarlos, mazeriert, nässend

R = Rand der Wunde:

- Vital: glatt, rosa Saum, eben, Epithelisation
- Avital: ausgetrocknet, rissig, mazeriert, pergamentartig
- Sonstiges: zerklüftet, eingerollt, Taschenbildung, erhaben, aufgeworfen (Zeichen für Wundheilungsstörung) mazeriert, intakt.

G = Grund der Wunde:

- Konsistenz: gut durchblutet, feucht-glänzend, leicht blutend, fibrinös, belegt, schwammig, trocken, nekrotisch
- Farbe (gemäss WCS-Klassifikationssystem):
- Schwarz: Nekrose
- Schwarz-gelb (Nekrose + Fibrinbelag)
- Gelb: Fibrinbelag, Eiter, Biofilm, weiss-gelbe Nekrose
- Rot-gelb: Granulation + Fibrinbelag
- Rot: Granulation
- Rot-rosa: Granulation + Epithelisation
- Rosa: epithelisiert

E = Exsudat aus der Wunde:

- Konsistenz: kein, eitrig, blutig, serös, schmierig, fibrinös
- Farbe: gelblich, rötlich, farblos, grünlich, bräunlich
- Geruch: geruchlos, süsslich, leichter Geruch, jauchig
- Menge: kein Exsudat, wenig bis hin zu sehr viel Exsudat

Dekubitus - Ulcus

Ulcus – Dekubitus, was ist der Unterschied?

Die Behandlung ist anders:

Ulcus = Rückflussstörung in der Vene, das Grundproblem muss behoben werden:
Kompressionsverband, der venöse Rückfluss muss unterstützt werden.

Vorsicht: Bei PAVK ja nicht, da soll die Arterie fließen!

Ein Ulcus ist ein tiefer Gewebedefekt, die immer mit einer Narbe verheilt.

Dekubitus

Ist eine lokale Schädigung der Haut und/oder darunter liegendem Gewebe infolge Druck oder Scherkräfte. Es gibt 4 Grade zu unterscheiden:

1. Nicht wegdrückbar
2. Teilverlust der Haut
3. Vollständiger Hautverlust
4. Vollständiger Gewebeverlust

Prophylaxe

Bei jeder Umlagerung genaue Hautkontrolle.

Intervention

- Druckentlastung
- Mobilisation
- Regelmässiges Umlagern
- Mikrolagerung mit Polster
- Weichlagern mit Kissen
- Saubere, faltenfreie Wäsche
- Vermeiden von Feuchtigkeit (Inkontinenz)
- Ausreichend Flüssigkeitszufuhr