

Pflegetechniken

Ausbildung zum Krankenpflegehelfer



2023-2024

Inhalt

1. DAS BETTENMACHEN	7
2. DIE KÖRPERTEMPERATURMESSUNG	11
3. DIE PULSMESSUNG	12
4. BEOBACHTUNG DER ATMUNG	13
5. DIE BLUTDRUCKMESSUNG	14
6. NORMWERTE DER PARAMETER	15
7. HILFESTELLUNG BEIM ESSEN UND TRINKEN	16
8. HAARPFLEGE UND HAARWÄSCHE IM BETT	19
9. DIE OHRENPFLLEGE	22
10. DIE NASENPFLLEGE	23
11. DIE BARTRASUR	24
12. DIE AUGENPFLEGE	26
13. AUGENTROPFEN, AUGENSALBEN VERABREICHEN	27
14. HAND UND NAGELPFLEGE	29
15. MUNDHYGIENE : PE OHNE ZAHNPROTHESEN	30
16. MUNDPFLLEGE – PFLLEGE EINER ZAHNPROTHESE	32
17. MUNDPFLLEGE – SPEZIELLE MUNDPFLLEGE	34
18. DIE FUßPFLLEGE	38
19. HILFESTELLUNG BEIM ANKLEIDEN UND ENTKLEIDEN	40
20. DIE KÖRPERHYGIENE – TEILWEISE HILFE IM BETT/ AM WASCHBECKEN	42
21. INKONTINENZWÄSCHE WECHSELN	44

22. GANZKÖRPERPFLEGE IM BETT	46
23. DIE DUSCHE	51
24. WASCHEN DES INTIMBEREICHES BEI DER FRAU/ BEIM MANN	53
25. WASCHEN DES INTIMBEREICHES BEI DER FRAU / BEIM MANN MIT URINKATHETER	55
26. DIE URINANALYSE	58
27. WECHSEL EINES URINBEUTELS	60
28. LEEREN DES URINBEUTELS	62
29. ENTERALE NAHRUNGSVERABREICHUNG ÜBER NASENSONDE ODER GASTROSTOMIE	64
30. ENTFERNUNG EINER PERIPHEREN VENENVERWEILKANÜLE	66
31. SUBKUTANE INJEKTION (S/C ODER S.C.) VON ANTIKOAGULANTIEN IN NIEDRIGER DOSIERUNG	67
32. STOMAPFLEGE MIT WECHSEL DES VERSORGUNGSSYSTEMS	69
33. DIE REKTALE VERABREICHUNG VON MEDIKAMENTEN (ZÄPFCHEN)	71
34. DAS VERABREICHEN EINES FLEET ODER MICROLAX	72
35. ANZIEHEN VON ANTITHROMBOSESTRÜMPFEN	74
36. ANLEGEN EINES KOMPRESSIONSVERBANDES	76
37. DER UMGANG MIT PATIENTENLIFTER	79
38. VERSCHIEDENE LAGERUNGSARTEN	82
39. KAPILLARE BLUTENTNAHME ZUR BESTIMMUNG DER GLYKÄMIE (AUF AA)	86
40. INSULININJEKTION MITTELS PEN AUF AA	88

Avis à l'utilisateur / l'utilisatrice

Cet ouvrage constitue une base de référence pour l'enseignement des techniques de soins en formation de l'aide-soignant(e).

Ce document va permettre à l'élève un apprentissage cohérent et structuré.

En même temps, ce document a été conçu dans le but de donner aux tuteurs scolaires et professionnels un guide commun pour l'enseignement des techniques de soins.

Les procédures décrites représentent une manière parmi d'autres d'exercer professionnellement les techniques de soins.

Hinweis an die Benutzer / Benutzerinnen

Dieses Dokument ist eine Hilfestellung beim Durchführen einer Pflorgetechnik in der AS-Ausbildung.

Dieses Dokument soll dem Schüler ein kohärentes und strukturiertes Lernen ermöglichen.

Zudem wurde es zusammengestellt um den schulischen und beruflichen Ausbildern einen gemeinsamen Leitfaden zu geben.

Die beschriebenen Vorgehensweisen beschreiben eine von mehreren möglichen Herangehensweisen, um die Pflorgetechniken fachgerecht durchzuführen.

Allgemeiner Ablauf beim Ausführen der jeweiligen Pflfegetechniken

1. Vorbereitung :

- Informationssammlung
- Persönliche Vorbereitung
- Materialsammlung
- Vorbereitung des Pflegeempfängers

2. Ausführung

3. Nachbereitung :

- Nachbereitung des Pflegeempfängers
- Räumen des Materials
- Persönliche Nachbereitung
- Dokumentation

Déroulement générale lors de la pratique des différentes techniques de soins

1. Préparation :

- Recueil d'informations
- Préparation personnelle du soignant
- Préparation du matériel
- Préparation du BDS

2. Exécution :

3. Post-soin :

- Réinstallation du BDS
- Rangement du matériel
- Préparation personnelle
- Documentation

1. Das Bettenmachen

Material	Durchführung der Pflegeaktivität
<ul style="list-style-type: none"> - für die Schmutzwäsche ein fahrbares Gestell mit - Wäschesack - Wäschewagen mit der sauberen Bettwäsche - Händedesinfektionsmittel - Flächendesinfektionsmittel 	<p><u>Vorbereitung</u></p> <p>Informationssammlung Name, Alter, Zimmernummer/Bett, Hospitalisationsursache, Ist-Zustand der Mobilität, Hilfeleistung/Unterstützung bei der Bewegung</p> <p>Persönliche Vorbereitung Händehygiene</p> <p>Materialsammlung Siehe linke Kolonne</p> <p>Vorbereitung des Pflegeempfängers/des Zimmers Den Pflegeempfänger über die den Ablauf der Pflegeaktivität, die Möglichkeit seiner Mitarbeit, Vorsichtsmaßnahmen informieren</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anwesenheitslampe einschalten - Fenster zum Lüften wenn möglich öffnen - Platz verschaffen <p><u>Ausführung</u></p> <p>Abziehen des Bettes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Liegefläche des Bettes mit Hilfe der Fernbedienung oder der Fußpumpe, (die sich am unteren Bettgestell befindet), höher stellen - Kopfteil des Bettes flachstellen - Ablagefläche für Bettwäsche ausklappen - Patientenhaltegriff (Perroquet) hochhängen - Bettlaken lösen: vom Kopfende bis zum Fußende - Decke und oberes Leintuch nacheinander wie folgt dritteln: <ul style="list-style-type: none"> - zuerst oberes Drittel, dann unteres Drittel falten, auf Ablagefläche legen - Verschmutztes Querlaken (Unterlage) zusammenrollen, auf Ablagefläche oder Stuhl ablegen - Unteres Leintuch wie folgt dritteln: zuerst unteres Drittel, dann oberes Drittel falten, <ul style="list-style-type: none"> - auf Ablagefläche legen - Falls Bettdecke mit Deckenbezug verwendet werden: - Deckenbezug abziehen, Decke wie oben beschrieben dritteln und ablegen - Kopfkissen auf Ablagefläche ablegen <p>Beziehen des Bettes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unteres Bettlaken in die Mitte der Matratze legen - Oberes Drittel zurückschlagen, am Kopfende befestigen, Ecken einschlagen - Unteres Drittel zurückschlagen, straffziehen, am Fußende befestigen, Ecken einschlagen - Seitlich straffziehen und Leintuch befestigen - Frisches Querlaken auf die Höhe des Gesäßes ins Bett legen, straffziehen und es auf beiden Seiten einschlagen - Oberes Bettlaken und Bettdecke in die Mitte der Matratze legen (einzeln oder zusammen) - Unteres Drittel zurückschlagen, befestigen, halbe Ecke einschlagen

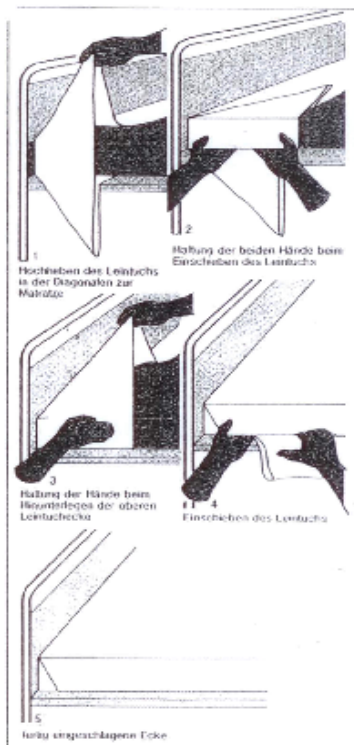


Abb. 3.14 Einschlagen des Leintuchs an den Ecken.

- Oberer Teil der Bettgarnitur auf gewünschte Höhe zurückschlagen
- Falte für Füße vorsehen
- Bettgarnitur am Fußende zieharmonikaartig zusammenfalten
- Kopfkissen leicht aufschütteln, ans Kopfteil zurücklegen,
- Kopfteil auf gewünschte Höhe einstellen
- **Falls Bettdecke mit Deckenbezug verwendet werden:**
- Den Deckenbezug auf links drehen (falls dies nicht bereits in der Wäscherei ausgeführt wurde)
- Mit den Ecken des Bezuges die oberen Deckenenden fassen und mit kleinen Bewegungen den Bezug über die Decke ziehen
- Patientenhaltegriff auf angepasste Höhe hängen
- Das Bett wieder tiefer stellen, damit der Pflegeempfänger problemlos ein- und aussteigen kann

Nachbereitung

Nachbereitung des Pflegeempfängers/des Zimmers

- Bett und Nachttisch säubern/desinfizieren
- Zimmer aufräumen, alles an seinen Platz zurückräumen
- Fenster schließen
- Fragen, ob der Pflegeempfänger noch etwas benötigt

Nachbereitung des Materials

- Verschmutzte Bettwäsche in den Wäschesack legen, Ablagefläche zurückklappen
- Liegefläche runterlassen

Persönliche Nachbereitung

- Händehygiene

Dokumentation

Das Bettenmachen (2 Pfleger)

Der Pflegeempfänger kann nicht aufstehen, kann aber gedreht werden oder sich selbst drehen.

Material	Durchführung der Pflegeaktivität
<ul style="list-style-type: none"> - Für die Schmutzwäsche ein fahrbares Gestell mit Wäschesack - Wäschewagen mit der sauberen Bettwäsche - Händedesinfektionsmittel 	<p><u>Vorbereitung</u></p> <p>Informationssammlung Name, Alter, Zimmernummer/Bett, Hospitalisationsursache, Ist-Zustand, der Mobilität, Hilfeleistung/Unterstützung bei der Bewegung</p> <p>Persönliche Vorbereitung Händehygiene</p> <p>Materialsammlung Siehe linke Kolonne</p> <p>Vorbereitung des Pflegeempfängers/des Zimmers</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sich vorstellen - Den Pflegeempfänger über den Ablauf der Pflegeaktivität, die Möglichkeit seiner Mitarbeit, Vorsichtsmaßnahmen informieren - Anwesenheitslampe einschalten - Fenster zum Lüften wenn möglich öffnen - Platz verschaffen <p><u>Ausführung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Liegefläche des Bettes erhöhen - Bettbügel nach oben hängen - Kopfende des Bettes flachstellen (je nach Zustand des PE) dem PE ein Kopfkissen lassen - Ablagefläche für Bettwäsche ausklappen und 2. Kopfkissen dort ablegen - Bettlaken ringsherum lösen: vom Kopfende bis zum Fußende - Decke dritteln: zuerst oberes Drittel dann unteres Drittel falten, ablegen - Oberes Laken dritteln, und PE damit zudecken - Dem PE helfen sich auf die Seite zu drehen, Techniken der Manutention anwenden. - Unterlage und unteres Laken zum Rücken des Kranken rollen; Oberseite nach innen - Sauberes Unterlaken auseinanderfalten und zurechtlegen - Ecken einschlagen, zuerst oben, dann unten und in der Mitte das Laken unter der Matratze einschieben, Rest im Rücken des PE zusammenrollen - Unterlage oder Querlaken auseinanderfalten und befestigen; Rest im Rücken des PE zusammenrollen - Dem PE helfen sich auf die andere Seite zu drehen - Schmutzige Unterlage und unteres Laken entfernen, ablegen - Sauberes Laken straffziehen und befestigen - Stoffunterlage oder Querlaken straffziehen und befestigen - Der PE kann sich wieder auf den Rücken drehen, Techniken der Manutention anwenden. - Den PE in die korrekte Lage bringen, Techniken der Manutention anwenden - Kopfkissen leicht aufschütteln und zurechtlegen - Oberes Laken und Decke befestigen - Falte für die Füße vorsehen, Hände freilegen - PE in die gewünschte und angepasste Lage bringen

- Bettbügel auf angepasste Höhe hängen
- Bett wieder tiefer stellen

Nachbereitung

Nachbereitung des PE/ des Zimmers

- Bett und Nachttisch säubern/desinfizieren
- Zimmer aufräumen, alles an seinen Platz zurückräumen
- Fenster schließen
- Fragen ob der PE nach etwas benötigt

Material



- Verschmutzte Bettwäsche in den Wäschesack legen, Ablagefläche zurückklappen
- Liegefläche runterlassen

Persönliche Nachbereitung

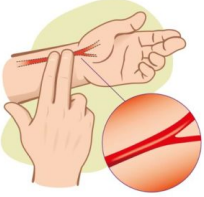

- Händehygiene

Dokumentation

2. Die Körpertemperaturmessung

Material	Durchführung der Pflegeaktivität
 	<p><u>Vorbereitung</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informationssammlung Name, Alter, Zimmernummer/Bett, Aufenthaltsursache, Frequenz und Ursache der Messung, Resultate der vorherigen Messungen 2. Persönliche Vorbereitung Händehygiene 3. Materialsammlung Ohrthermometer Schutzstöpsel 4. Vorbereitung des Pflegeempfängers/des Zimmers <ul style="list-style-type: none"> - Den Pflegeempfänger über den Ablauf der Pflegeaktivität informieren - - Anwesenheitslampe anmachen - Den PE so installieren, dass die Durchführung der PA möglich ist. - Platz verschaffen <p><u>Ausführung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Den Thermometer aus dem Ladegerät nehmen. - Thermometer einschalten - Einen neuen Messfilter auf den Messkonus aufsetzen - Den Messkonus in den Gehörgang einführen und kontrollieren, dass dieser gut abgedichtet ist. <ul style="list-style-type: none"> - Dabei das Ohr leicht nach hinten und oben ziehen - Scan Knopf drücken - Nach ca. 3 Sek Temperatur ablesen. - Messfilter entfernen (Eject-Taste drücken) und entsorgen. - Den Thermometer wieder ins Ladegerät legen. <p>WICHTIG: Es ist wichtig zu beachten, dass der PE nicht zu lange auf dem Ohr lag oder Kopfhörer anhatte.</p> <p><u>Nachbereitung</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nachbereitung des Pflegeempfängers/des Zimmers <ul style="list-style-type: none"> - Zimmer aufräumen, alles an seinen Platz zurückräumen - Fragen, ob der Pflegeempfänger noch etwas benötigt - Nachttisch zurechtrücken, damit der Pflegeempfänger alles zur Hand hat - Klingel griffbereit legen - Betthöhe einstellen 2. Nachbereitung des Materials <ul style="list-style-type: none"> - Material räumen 3. Persönliche Nachbereitung <ul style="list-style-type: none"> - Händehygiene 4. Dokumentation <ul style="list-style-type: none"> - den Wert auf die Thermometerkurve eintragen (blau) - Falls Abweichungen sind, diese dem Krankenpfleger mitteilen.

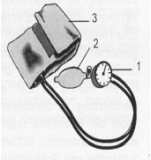
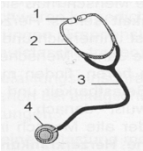
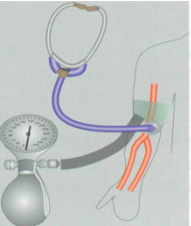
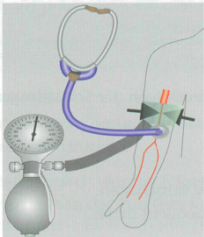
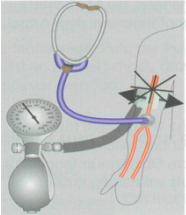
3. Die Pulsmessung

Material	Durchführung der Pflegeaktivität
<p data-bbox="161 506 405 566">- Uhr mit Sekundenzeiger</p>  	<p data-bbox="472 398 687 436"><u>Vorbereitung</u></p> <ol data-bbox="472 465 1433 891" style="list-style-type: none"> 1. Informationssammlung Name, Alter, Zimmernummer/Bett, Hospitalisationsursache, Ursache und Häufigkeit der Pulsmessung, Werte der letzten Pulsmessung 2. Persönliche Vorbereitung Händehygiene 3. Materialsammlung (siehe linke Kolonne) 4. Vorbereitung des Pflegeempfängers/des Zimmers <ul data-bbox="544 712 1433 891" style="list-style-type: none"> - Den Pflegeempfänger über den Ablauf der Pflegeaktivität informieren - Falls der Pflegeempfänger eine Anstrengung gemacht hat, 15 Minuten warten bis zur Pulskontrolle - Anwesenheitslampe anmachen - Platz verschaffen, - Lärmquellen beseitigen <p data-bbox="472 958 663 996"><u>Ausführung</u></p> <ul data-bbox="544 1025 1433 1361" style="list-style-type: none"> - Den PE bequem lagern (sitzend oder liegend), der Arm liegt ausgestreckt mit der Handfläche nach oben. - Eine Uhr mit Sekundenzeiger bereithalten - Mit dem Zeige-, Mittel- und Ringfinger die Radialarterie ertasten und vorsichtig darauf drücken (nicht den Daumen benutzen, weil dieser einen starken Eigenpuls hat) - Den Puls während 15 Sekunden zählen und mit 4 multiplizieren. - Mit dem Zählen beginnen, wenn Uhr 3,6,9 oder 12Uhr anzeigt = 0Punkt - Bei PE, mit sehr langsamem oder unregelmäßigem Puls, bei Herzkranken und bei Neuaufnahmen die Pulsschläge während einer Minute zählen <p data-bbox="472 1395 715 1433"><u>Nachbereitung</u></p> <ol data-bbox="520 1462 1433 1818" style="list-style-type: none"> 1. Nachbereitung des Pflegeempfängers/des Zimmers <ul data-bbox="544 1496 1433 1619" style="list-style-type: none"> - Fragen, ob der Pflegeempfänger noch etwas benötigt - Falls nötig, den Pflegeempfänger installieren, Nachttisch zurechtrücken damit der Pflegeempfänger alles zur Hand hat - Klingel griffbereit legen 2. Persönliche Nachbereitung <ul data-bbox="544 1675 767 1709" style="list-style-type: none"> - Händehygiene 3. Dokumentation <ul data-bbox="544 1765 1433 1818" style="list-style-type: none"> - Werte sofort aufschreiben (Rotstift) und bei auffälligen Werten dem Krankenpfleger/in Bescheid sagen.

4. Beobachtung der Atmung

Material	Durchführung der Pflegeaktivität
- Uhr	<p><u>Vorbereitung</u></p> <p>1. Informationssammlung Name, Alter, Zimmernummer/Bett, Hospitalisationsursache, Ursache und Häufigkeit der Beobachtung der Atmung, letzte Werte</p> <p>2. Persönliche Vorbereitung Händehygiene</p> <p>3. Materialsammlung (siehe linke Kolonne)</p> <p>4. Vorbereitung des Pflegeempfängers/des Zimmers</p> <ul style="list-style-type: none"> - Den Pflegeempfänger NICHT über den Ablauf der Pflegeaktivität informieren - Falls der Pflegeempfänger eine Anstrengung gemacht hat, 15 Minuten warten bis zur Beobachtung der Atmung - Anwesenheitslampe anmachen. - Platz verschaffen - Lärmquellen beseitigen. <p><u>Ausführung</u></p> <p>Da die wir die Atmung zum Teil willkürlich beeinflussen können, soll der Pflegeempfänger nicht wissen, dass wir die Atemzüge zählen wollen. Er würde wahrscheinlich anders atmen und die Werte wären verfälscht.</p> <p>Wir tun also, als ob wir den Puls fühlen und beobachten, wie oft der Pflegeempfänger atmet. Es ist ideal, die Atemzüge direkt vor und nach der Pulsmessung zu zählen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auf die Brust schauen und beobachten, wie oft sie sich hebt und senkt. - Einmal Ein- und Ausatmen gilt als Atemzug. - Wir zählen während einer Minute - Bei nicht-ansprechbaren Pflegeempfängern, kann man die Hand leicht auf die Brust legen und fühlen, wie oft diese sich hebt und senkt. - Beim Zählen der Atemzüge achten wir immer auch auf die Atemtiefe und den Atemrhythmus. <p><u>Nachbereitung</u></p> <p>1. Nachbereitung des Pflegeempfängers/des Zimmers</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fragen, ob der Pflegeempfänger noch etwas benötigt - Nachttisch zurechtrücken damit der Pflegeempfänger alles zur Hand hat - Klingel griffbereit legen <p>2. Persönliche Nachbereitung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Händehygiene <p>3. Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Werte sofort aufschreiben und bei auffälligen Werten dem Krankenpfleger-in Bescheid sagen

5. Die Blutdruckmessung

Material	Durchführung der Pflegeaktivität
<p data-bbox="161 465 432 521">- Blutdruckmessgerät, - Stethoskop</p>     	<p data-bbox="472 297 687 331"><u>Vorbereitung</u></p> <p data-bbox="472 360 799 394">1. Informationssammlung Name, Alter, Zimmernummer/Bett, Hospitalisationsursache, Ursache und Häufigkeit der Blutdruckmessung, Werte der letzten Blutdruckmessung</p> <p data-bbox="472 454 826 488">2. Persönliche Vorbereitung Händehygiene</p> <p data-bbox="472 521 735 555">3. Materialsammlung (siehe linke Kolonne)</p> <p data-bbox="472 584 1134 618">4. Vorbereitung des Pflegeempfängers/des Zimmers</p> <ul data-bbox="544 618 1433 797" style="list-style-type: none"> - Den Pflegeempfänger über den Ablauf der Pflegeaktivität informieren - Falls der Pflegeempfänger eine Anstrengung gemacht hat, 15 Minuten warten bis zur Blutdruckkontrolle - Anwesenheitslampe anmachen - Platz verschaffen, - Lärmquellen beseitigen <p data-bbox="472 801 663 835"><u>Ausführung</u></p> <ul data-bbox="544 869 1433 1328" style="list-style-type: none"> - Der Pflegeempfänger soll bequem sitzen oder liegen - der Arm liegt entspannt (auf Herzhöhe) - Den Arm freimachen, es darf nichts einengen, die Manschette muss genug Platz haben (den Pflegeempfänger aus dem Ärmel schlüpfen lassen) - Manschette ca. 2 cm oberhalb der Ellenbeuge glatt anlegen, gut fixieren - Kein Geräusch = die Arterie ist frei durchgängig - Ventil schließen, Manschette aufpumpen, und zwar: - Zu erwartender Wert (zb 120mmHg + 30mmHg) - oder - den Radialpuls fühlen: wenn kein Puls mehr zu spüren ist + 30mmHg - Ohroliven des Stethoskops gut in die Ohren schieben - Stethoskop in der Ellenbeuge aufsetzen - Ventil langsam öffnen <p data-bbox="472 1357 1377 1391"><u>ACHTUNG: NICHT gemessen werden darf der Blutdruck an einem Arm:</u></p> <ul data-bbox="544 1424 1209 1570" style="list-style-type: none"> - Bei Gefäßzugänge am Arm (Infusionen) - Bei Lymphödemen - Bei einem Shunt (Dialyse-Patienten) - Nach Brustamputationen (auf der betroffenen Seite) - Bei einer Lähmung <p data-bbox="472 1603 715 1637"><u>Nachbereitung</u></p> <p data-bbox="472 1671 1153 1704">1. Nachbereitung des Pflegeempfängers/des Zimmers</p> <ul data-bbox="544 1704 1433 1827" style="list-style-type: none"> - Fragen, ob der Pflegeempfänger noch etwas benötigt - Falls nötig, Pflegeempfänger installieren, Nachttisch zurechtrücken damit der Pflegeempfänger alles zur Hand hat - Klingel griffbereit legen <p data-bbox="472 1827 847 1861">2. Persönliche Nachbereitung</p> <ul data-bbox="544 1861 767 1895" style="list-style-type: none"> - Händehygiene <p data-bbox="472 1895 699 1928">3. Dokumentation</p> <ul data-bbox="544 1928 1433 1984" style="list-style-type: none"> - Werte sofort aufschreiben und bei auffälligen Werten dem Krankenpfleger/in Bescheid sagen.


6. Normwerte der Parameter

Körpertemperatur (T°)	Normwert : 36,5-37,4 °C Fieber : >38,0°C (Pflege heute)
Puls (pls)	Normwert : 60-80 pls/min Tachykardie : > 100pls/min Bradykardie < 60pls/min (In guten Händen)
Blutdruck (RR, TA)	Optimaler Blutdruck: < 120/80 mmHg Normaler Blutdruck: TAs 120-129mmHg, TAd 80-84mmHg Leichter Bluthochdruck: TAs 140-159mmHg, TAd 90-99mmHg Mässiger Bluthochdruck: TAs 160-179mmHg, TAd 100-109mmHg Schwerer Bluthochdruck: > 180/110mmHg (WHO)
Häufigkeit Ausscheidung Stuhl	Zwischen 3x täglich und 3x wöchentlich (In guten Händen)
Schmerzen	Keine Schmerzen (Pflege heute ,In guten Händen)
Arterielle Sauerstoffsättigung (SaO2)	>95%
Urin-Ausscheidung pro Tag	1,5-2l/Tag (Pflege heute)
BMI	18,5-24,9kg/m ² (Pflege heute, In guten Händen)
Atemfrequenz (AF)	Normwert: 12-20 Atemzüge/min Tachypnoe : >20 Atemzüge/min Bradypnoe : <12 Atemzüge/min (www.soins-infirmiers.com)
Blutzucker-Wert	Normwerte beim gesunden Menschen: - Nüchtern, resp. Vor dem Essen: 70-100mg/dl - 2 Stunden nach dem Essen: <140mg/dl Normwerte für Diabetiker : - Nüchtern, resp. vor dem Essen : 70-120mg/dl - 2 Stunden nach dem Essen: < 160mg/dl Hyperglykämie : > 126mg/dl Hypoglykämie: < 60 mg/dl (recommandation CHL, consultation diabète) <i>-> Die Werte können jedoch je nach Institution oder Laboratorium leicht variieren</i>

Références bibliographiques :

- Pflege heute, 2014 Urban&Fischer Verlag
- In guten Händen, 2016, Cornelsen
- <https://www.soins-infirmiers.com/pratique/procedures-de-soins/parametres-vitaux-constantes-recapitulatif> Mise à jour le 27/12/2016, Morgan PITTE, Infirmier Cadre de santé, Rédaction EspaceSoignant.com pour Soins-Infirmiers.com
- Recommandations CHL « Bonnes pratiques en diabétologie », formation continue offerte par l'ANIL le 09.03.2019, référente : Mme Collé-Dalstein Valérie, infirmière en diabétologie au CHL.
- WHO

7.Hilfestellung beim Essen und Trinken

Material	Ausführung der Pflegeaktivität
<ul style="list-style-type: none"> - Das Esstablett aus dem Tablettwagen entnehmen und das Menu des PE kontrollieren bzw, auffüllen zb. Kaffee, Tee. - Kleines Geschirr vor großes Geschirr stellen - Auf eine saubere Präsentation achten. - Die Medikamente hinzufügen, welche von der Krankenpflegerin kontrolliert und vorbereitet wurden. - Eventuell eine angepasste Serviette mitnehmen. 	<p><u>Vorbereitung</u></p> <p>1.Informationssammlung</p> <p><u>Essen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Darf / kann er etwas essen? - Spezielle Diät? - Genügt das Essen, um seinen normalen Kalorienbedarf zu decken? - Hat er Vorlieben, Allergien, Religionsvorschriften ? - BMI <p><u>Trinken</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Trinkt er genug? /24h - Hat er eine ärztliche Anordnung für eine bestimmte Menge Flüssigkeit /Tag? - Gewohnheiten, Lieblingsgetränk <p><u>Autonomie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ist er selbständig? - Hat er Zahnprothesen? - Braucht er Hilfe bei der Installation im Bett / am Tisch? - Braucht er Hilfe beim Zurechtschneiden des Brotes, Fleisches Öffnen der Verpackungen. - Muss er stimuliert, oder überwacht werden beim Essen und Trinken ? - Hat er Schluckprobleme? - Hat er eine ausgewogene Ernährung? - Riskiert er eine Dehydrierung? - Nimmt er Medikamente vor/nach dem Essen ? <p>2. Vorbereitung des Pflegers Händehygiene</p> <p>3. Materialsammlung Siehe linke Kolonne</p> <p>4.Vorbereitung des PE/ Zimmers</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sich vorstellen - Dem Bewohner erklären was Sie tun und wie Sie vorgehen - Die Anwesenheitslampe einschalten - Das Tablett auf den Nachttisch oder Tisch stellen - Das Zimmer ,falls nötig , räumen <p><u>Ausführung</u></p> <p>Den PE mit Serviette installieren</p> <p>1. am Tisch : auf einem Stuhl, oder Sessel, in einer korrekten Sitzposition</p>

2. im Bett, in einer Sitzposition :

Den oberen Teil des Bettes erhöhen, nachdem der Bewohner korrekt installiert wurde. Eventuell die Füße des Bewohners mit einem Kissen blockieren, damit dieser nicht rutschen kann. Ein Kissen hinter den Kopf des Patienten legen falls nötig.

3. **sitzend am Bettrand**, die Füße des PE berühren den Boden.

4. im Bett, in Seitenlage

- Bett und Nachttisch auf gleiche Höhe einstellen, damit PE das Essen sehen kann
- Besteck korrekt zurechtlegen
- Sauberkeit des Tablett beachten
- Serviette anlegen
- Getränk anbieten
- Zahnprothese anziehen
- Dem PE Händewaschen vorschlagen
- Medikamente verabreichen

Falls Hilfestellung beim Essen / Trinken :

- Essen anrichten (schneiden, Packung öffnen...)
- Das Essen reichen, in einem dem PE angepassten Rhythmus
- Den PE fragen , was er essen / trinken möchte, in welcher Reihenfolge und welche Portionen er möchte,
- Getränk auf Temperatur prüfen
- Kopf des Bewohners mit einer Hand am Hinterkopf stabilisieren falls nötig.
- Langsam zu trinken geben
- Falls der Pflegeempfänger den Mund verschließt, Lippen mit dem Löffel stimulieren, riechen lassen
- Falls PE selbst Besteck halten kann, führen Sie nur seinen Arm oder Hand

Installation des Pflegehelfers:

- Falls Sie dem PE helfen müssen am Tisch:
- setzen Sie sich auf einen Stuhl neben den PE (45° Winkel) auf gleicher Augenhöhe.
- Im Bett: neben dem Bett stehen (falls nötig die Betthöhe angleichen, dass der PE auf einer Höhe ist mit dem Pfleger
- Falls der PE autonom ist , dann wenigsten 1x nachschauen ob alles in Ordnung ist.

Nachbereitung

1. Pflegeempfänger

- Kontrollieren, was der PE gegessen hat und ob er die Medikamente zu sich genommen hat.
- Eventuell anbieten die Hände zu waschen, oder den Mund zu spülen
- Serviette entfernen
- Den PE halbsitzend lagern um die Verdauung zu unterstützen und die Verschluckungsgefahr zu minimieren.

	<p>2. Material</p> <ul style="list-style-type: none">- Das Tablett abräumen und im Tablettwagen einordnen, eventuell Nachttisch/ Tisch abwischen .- Betthöhe wieder anpassen falls nötig. <p>3. Pfleger</p> <ul style="list-style-type: none">- Händehygiene <p>4. Dokumentation / Schriftlich -- mündlich</p> <ul style="list-style-type: none">- Beobachtungen (zb Appetit, aufgetretene Probleme, Schluckprobleme usw.) dokumentieren und dem/der Krankenpfleger/in mitteilen)
--	---

8. Haarpflege und Haarwäsche im Bett

Material	Durchführung der Pflegeaktivität
<ul style="list-style-type: none"> - - wohltemperiertes Wasser (Wunsch des PE fragen) - - Spülgefäß - - 2 Handtücher - - Augenschutz (Waschlappen) /Ohrenschutz (Ohrstöpsel) - - Shampoo/Balsam - - Kamm, Bürste - - Föhn - - evt. Plastiksack - - Unterlage - - Eimer - - spezielles Haarwaschbecken - - Kissen zum Abstützen - - Plastikunterlagen zum Abdecken 	<p><u>Vorbereitung</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informationssammlung <ul style="list-style-type: none"> - Allgemeine Informationen zum Bewohner - Erlaubt der Gesundheitszustand diese Pflege? - Kann der Bewohner +/-15 min gerade im Bett liegen? 2. Persönliche Vorbereitung <ul style="list-style-type: none"> - Händehygiene 3. Materialsammlung <ul style="list-style-type: none"> - Siehe linke Kolonne 4. Vorbereitung des Pflegeempfängers/des Zimmers <ul style="list-style-type: none"> - Pflegeempfänger informieren - Fenster schließen - Pflegeempfänger Gelegenheit geben vorher zur Toilette zu gehen - persönliche Wünsche erfragen - Brille, Hörgeräte entfernen - Bett 1 m von der Wand entfernen - Kopfteil des Bettes abnehmen <p><u>Ausführung</u></p> <p><u>Lagerung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dem PE ein Kissen in den Rücken legen zwecks Ausgleiches des Höhenunterschieds (Kopf / Haarwaschbecken). - Den Kopfteil des Bettes mit der Folie überdecken. - Die Waschschüssel positionieren und den Kopf des PE auf den Rand der Schüssel legen. Eventuell Waschlappen dazwischenlegen (zwecks Schutzes). - Den Eimer auf den Boden stellen damit Wasser durch den Schlauch hier einlaufen kann. <p><u>Haarwaschung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Während der Installation kann der 2te Pflegehelfer den Wasserkrug schon auffüllen. - Die Haare einmal aufkämmen. - Die Haare anfeuchten und shamponieren. - Danach gut durchspülen. - Evt. ein 2tes Mal shamponieren. <p><u>Haartrocknung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Den Kopf des PE anheben und die Haare mit Handtuch einwickeln. - 2ter KPH kann Waschschüssel entfernen. - Das Kopfteil des Bettes anheben (PE kann sitzen). - Haare mit dem Handtuch abtrocknen. - Schutzfolie auf dem Bettkopfteil entfernen. - Haare mit dem Föhn trocknen und in die gewünschte Form bringen.





- Nachsehen, ob die Bekleidung noch trocken ist, ansonsten Wäsche wechseln.
- PE wieder in die gewünschte Lage bringen.
-

Grundsätze:

- kein Seifenschaum in die Augen bringen.
- kein Wasser in die Ohren laufen lassen.
- während der ganzen Haarwäsche auf das Wohlfühl des PE und die Kommunikation achten.
- Bettwäsche und Kleidung nach dem Waschen auf Feuchtigkeit überprüfen.
- Haare nicht ohne Einverständnis des PE schneiden.
- bei Bettlägerigen keine Haarnadeln und Kämmen für die Frisur verwenden
- (verursachen Druckstellen).

Nachbereitung

1. Nachbereitung des Pflegeempfängers/des Zimmers

- Bett und Nachttisch säubern
- Zimmer aufräumen, alles an seinen Platz zurückräumen
- Fragen, ob der Pflegeempfänger noch etwas benötigt
- Nachttisch zurecht rücken damit der Pflegeempfänger alles zur Hand hat
- Klingel griffbereit legen

2. Nachbereitung des Materials

- Gebrauchtes Material entsorgen, desinfizieren

3. Persönliche Nachbereitung

- Händehygiene

4. Dokumentation

- In der Patientenakte werden die Pflegetechnik und gegebenenfalls die Beobachtungen dokumentiert zb:
- Art der Haarwäsche
- Zustand der Kopfhaut
- ungewöhnlicher Haarausfall
- Sonstiges

Material für die Haarwäsche im Bett



Spezielles Haarwaschbecken

Aufblasbare Haarwaschbecken aus Plastik:

Vorteil: bequemere Installation des PE möglich

Nachteil: größeres Risiko dieses Haarwaschbecken zu beschädigen durch Manipulation oder falsche Lagerung.




Plastiksack, der mit Wasser gefüllt ist und an dem ein Duschkopf installiert ist



Gestell mit Haarwaschbecken, ermöglicht die Haarwäsche sowohl in sitzender Position als bei der Lagerung im Bett.




9. Die Ohrenpflege

Material	Durchführung der Pflegeaktivität
<ul style="list-style-type: none"> - Wattestäbchen - Nierenschale - Becher mit lauwarmem Wasser - Handtuch 	<p><u>Vorbereitung</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informationssammlung <ul style="list-style-type: none"> - gleiche Informationen wie bei der Körperwaschung 2. Persönliche Vorbereitung <ul style="list-style-type: none"> - Händehygiene 3. Materialsammlung <ul style="list-style-type: none"> - (siehe linke Kolonne) 4. Vorbereitung des Pflegeempfängers/des Zimmers <ul style="list-style-type: none"> - Den Pflegeempfänger informieren ^[SEP] - Das Material auf dem Nachttisch oder beim Waschbecken bereitstellen <p><u>Ausführung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mit einem Wattestäbchen (eventuell. angefeuchtet) die Ohrmuschel und hinter der Ohrmuschel säubern - Mit einem trockenen Wattestäbchen den Eingang des äußeren Gehörganges mit leichter Drehbewegung säubern. - Dabei die Ohrmuschel leicht nach hinten und nach oben ziehen. (Streckung des Gehörganges) - Nicht zu weit vordringen: Pfropfenbildung und Verletzungsgefahr!!!! - Falls nötig, das Wattestäbchen öfters wechseln <p><u>Nachbereitung</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nachbereitung des Pflegeempfängers/des Zimmers <ul style="list-style-type: none"> - Fragen, ob der Pflegeempfänger noch etwas benötigt - Nachttisch zurechtrücken damit der Pflegeempfänger alles zur Hand hat - Klingel griffbereit legen 2. Persönliche Nachbereitung <ul style="list-style-type: none"> - Händehygiene 3. Dokumentation <ul style="list-style-type: none"> - In der Patientenakte werden die Pflegetechnik und gegebenenfalls die Beobachtungen dokumentiert.

10. Die Nasenpflege

Material	Durchführung der Pflegeaktivität
<ul style="list-style-type: none"> - Papiertücher - Nierenschale - Tupfer oder Wattestäbchen - - Reinigungslösung: NaCl 0,9% 	<p><u>Vorbereitung</u></p> <p>1. Informationssammlung</p> <ul style="list-style-type: none"> - gleiche Informationen wie bei der Körperwaschung <p>2. Persönliche Vorbereitung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Händehygiene <p>3. Materialsammlung</p> <ul style="list-style-type: none"> - (siehe linke Kolonne) <p>4. Vorbereitung des Pflegeempfängers/des Zimmers</p> <ul style="list-style-type: none"> - Den Pflegeempfänger informieren ^{[[SEP]]} - Das Material auf dem Nachttisch oder beim Waschbecken bereitstellen <p><u>Ausführung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Den PE in einer sitzenden oder halbsitzenden Position mobilisieren - Papiertücher als Schutz über den Oberkörper des PE legen - Den Bewohner in ein Papiertuch schnäuzen lassen (eine Nasenseite nach der anderen) - Falls der Bewohner Borken in der Nasenhöhle hat: - Kompresse spitz zusammenrollen (oder Wattestäbchen) und anfeuchten ^{[[SEP]]} - Langsam in die Nasenhöhle einführen und drehen. - Danach herausziehen und beobachten. - Falls nötig wiederholen. <p><u>Nachbereitung</u></p> <p>1. Nachbereitung des Pflegeempfängers/des Zimmers</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fragen, ob der Pflegeempfänger noch etwas benötigt - Nachttisch zurechtrücken damit der Pflegeempfänger alles zur Hand hat - Klingel griffbereit legen <p>2. Persönliche Nachbereitung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Händehygiene <p>3. Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> - In der Patientenakte werden die Pflegetechnik und gegebenenfalls die Beobachtungen dokumentiert.

11. Die Bartrasur

Material	Durchführung der Pflegeaktivität
<ul style="list-style-type: none"> - Eigener Rasierapparat des Pflegeempfängers oder Rasierapparat der Station - Rasierklinge mit auswechselbarer Klinge - Rasierschaum - Waschschüssel mit warmem Wasser und Waschlappen - Handtuch - Rasierwasser / pflegende Hautcreme (Gewohnheiten des Pflegeempfänger beachten) 	<p><u>Vorbereitung</u></p> <p>1. Informationssammlung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Allgemeine Informationen zum Patienten idem wie bei der Körperpflege. - Bartrasur im Bett oder beim Waschbecken? - Informationen zur Art der Bartrasur: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">    </div> <p>2. Persönliche Vorbereitung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Händehygiene <p>3. Materialsammlung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Siehe linke Kolonne <p>4. Vorbereitung des Pflegeempfängers/des Zimmers</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflegeempfänger benachrichtigen; Frauen mit Damenbart dürfen nur auf eigenen Wunsch nach Rücksprache rasiert werden. - Arbeitsmaterial / -platz vorbereiten - Pflegeempfänger soll bequeme Lage einnehmen (sitzend am Waschbecken, Rückenlage im Bett) - Rückenschonendes Arbeiten (Betthöhe einstellen) <p><u>Ausführung</u></p> <p><u>Trockenrasur:</u></p> <p><i>Vorteil: einfache Handhabung</i> <i>Nachteil: die Rasur wird nicht so gründlich</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aus hygienischen Gründen, nur den eigenen Rasierer des Pflegeempfängers benutzen - Die Barthaare und Haut müssen trocken sein - Nach Gebrauch : Rasierkopf öffnen & mit speziellem Pinsel säubern - PE nicht alleine lassen mit einem Elektrorasierer vor einer Waschschüssel/Waschbecken in dem sich Wasser befindet. <p><u>Nassrasur:</u></p> <p><i>Vorteil: gründlichere Rasur</i> <i>Nachteil: kompliziertere Handhabung; Verletzungsgefahr (Schnittwunden)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - !!!! Achtung bei PE mit blutgerinnungshemmenden Medikamenten (Sintrom®, Heparin®) !!!! - Gesichtspartien anfeuchten und mit Rasierschaum bedecken - Haut mit einer Hand anspannen. - Mit der anderen Hand Rasierklinge ansetzen & mit kurzen Bewegungen in eine Richtung rasieren. - Nach der Rasur, die Haut mit einem Waschlappen von Rasierschaumresten säubern. - Auf Wunsch des Pflegeempfänger Rasierwasser / Creme auftragen.

Prinzipien:

- Die Rasur kann man vor (die Barthaare sind dann noch trocken und lassen sich leichter entfernen) oder nach der Körperpflege machen, je nach Wunsch des PE.
- Immer in Richtung der Barthaare rasieren.
- Man beginnt mit den Hautstellen die weniger faltig sind.
- Haut gut anspannen um Hautverletzungen zu vermeiden.
- PE soll vor der Rasur die Zahnprothese einsetzen um die Haut besser anspannen zu können, vor allem um die Mundpartie.
- Falls der PE keine Zahnprothese hat, sollte er mit der Zunge gegen die Wangen drücken um die Haut besser anspannen zu können.
- Rasur am Hals: der PE soll das Kinn nach oben halten um die Haut am Hals gut anspannen zu können.

Nachbereitung

1. Nachbereitung des Pflegeempfängers/des Zimmers

- Bett und Nachttisch säubern
- Zimmer aufräumen
- Fragen, ob der Pflegeempfänger noch etwas benötigt
- Nachttisch zurechtrücken, damit der Pflegeempfänger alles zur Hand hat
- Klingel griffbereit legen

2. Nachbereitung des Materials

- Gebrauchtes Material entsorgen, aufräumen


3. Persönliche Nachbereitung

- Händehygiene

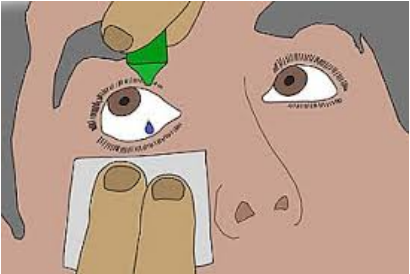

4. Dokumentation

- In der Patientenakte werden die Pflegetechnik und gegebenenfalls die Beobachtungen dokumentiert

12. Die Augenpflege

Material	Durchführung der Pflegeaktivität
<ul style="list-style-type: none"> - Handtuch - Einmalhandschuhe - Nierenschale - sterile Tupfer - Reinigungslösung: NaCl 0,9% 	<p><u>Vorbereitung</u></p> <p>1.Informationssammlung</p> <ul style="list-style-type: none"> - gleiche Informationen wie bei der Körperwaschung - keine Augenpflege im Falle einer chirurgischen Intervention (Grüner, grauer Star) <p>2.Persönliche Vorbereitung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Händehygiene und Einmalhandschuhe <p>3.Materialsammlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - (siehe linke Kolonne) <p>4.Vorbereitung des Pflegeempfängers/des Zimmers</p> <ul style="list-style-type: none"> - Den Pflegeempfänger informieren - Das Material auf dem Nachttisch oder beim Waschbecken bereitstellen <p><u>Ausführung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Den Pflegeempfänger in sitzende Position bringen - Mit der Pflege des weit entfernten Auges beginnen - Handtuch unter den Kopf des Patienten legen - Tupfer mit Reinigungslösung befeuchten - Je ein Auge säubern von AUSSEN (Schläfe) nach INNEN(Nase) - Zuerst das Oberlid, dann das Unterlid, zum Schluss die Augenecke. - (Prinzip: vom 'Saubersten' zum 'Schmutzigsten') - Jeweils einen frischen Tupfer pro Wischvorgang benutzen - Vorgang so oft wiederholen wie notwendig - Eventuell Gebrauch von 'Tropfen' (Tränenersatz) z.B. Occulotect. <p><u>Nachbereitung</u></p> <p>1.Nachbereitung des Pflegeempfängers/des Zimmers</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fragen, ob der Pflegeempfänger noch etwas benötigt - Falls nötig, den Nachttisch zurechtrücken damit der Pflegeempfänger alles zur Hand hat - Klingel griffbereit legen <p>2.Persönliche Nachbereitung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Händehygiene <p>3.Material Nachbereitung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Material räumen und desinfizieren falls nötig <p>4.Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falls etwas Auffälliges war, aufschreiben und dem/der Krankenpfleger-/in Bescheid geben

13. Augentropfen, Augensalben verabreichen

Material	Durchführung der Pflegeaktivität
<ul style="list-style-type: none"> - Einmalhandschuhe (nur bei Infektion!) - Nierenschale - Tupfer (unsteril) - Augensalbe-tropfen  	<p><u>Vorbereitung</u></p> <p>1.Informationssammlung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informationen wie bei allen Medikamentverabreichungen <p>2.Persönliche Vorbereitung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Händehygiene und Handschuhe <p>3.Materialsammlung</p> <ul style="list-style-type: none"> - (siehe linke Kolonne) <p>4.Vorbereitung des Pflegeempfängers/des Zimmers</p> <ul style="list-style-type: none"> - Den Pflegeempfänger informieren - Das Material auf dem Nachttisch oder beim Waschbecken bereitstellen - Vor dem ersten Öffnen wird das aktuelle Datum als Anbruchsdatum auf der Flasche oder Tube notiert. I.d.R. sind Augentropfen nur sechs Wochen nach Öffnung verwendbar. - Überprüfen, welches Auge (rechts/links/beide) behandelt werden soll. <p><u>Ausführung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Den Pflegeempfänger in sitzende Position bringen - Wenn sowohl Augentropfen wie Augensalbe verabreicht werden sollen, erfolgt die Applikation der Augentropfen i.d.R. zuerst. Ein Abstand von fünf bis zehn Minuten ist zumeist ausreichend. Eine vergleichbare Pause ist ebenfalls notwendig, wenn zwei unterschiedliche Augentropfen nacheinander verabreicht werden sollen. - Der PE soll den Kopf in den Nacken legen und das Auge geöffnet mit Blick nach oben halten - Mit der Kompresse das Auge etwas nach unten ziehen - Die Hand, mit der das Medikament appliziert werden soll, kann an der Stirn des PE abgestützt werden. Dies verhindert dass der Klient bei Bewegung verletzt wird. - PE soll Augs geöffnet mit Blick nach oben halten <ul style="list-style-type: none"> • <u>Augentropfen:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Die Tropfenflasche wird mit dem Daumen und dem Zeigefinger gefasst. - Die vorgeschrieben Anzahl Augentropfen werden aus geringer Höhe in den Bindehautsack eingeträufelt. Die Tropfspitze darf das Auge und die Wimpern nicht berühren. - Der PE soll die Augen behutsam schließen Zudem wird der PE aufgefordert, die Augen beim Schließen nicht zusammenzukneifen. Ansonsten kann ein Großteil der Flüssigkeit ausgepresst werden.

- Augensalbe:

- Die Augensalbe wird in den Bindehautsack eingebracht, ca. 1 cm
- Der PE soll die Augen behutsam schließen Zudem wird der Bewohner aufgefordert, die Augen beim Schließen nicht zusammenzukneifen.
- Mit der Kompresse Tränenflüssigkeit und überschüssige Salbe oder Tropfenflüssigkeit entfernen

Nachbereitung

1.Nachbereitung des Pflegeempfängers/des Zimmers

- Fragen, ob der Pflegeempfänger noch etwas benötigt
- Der PE wird wieder bequem gelagert
- Falls nötig, den Nachttisch zurechtrücken damit der Pflegeempfänger alles zur Hand hat
- Klingel griffbereit legen

2.Persönliche Nachbereitung

- Händehygiene

3.Material

- Material räumen und desinfizieren falls nötig
- Die Medikamentenflasche bzw. Tube wird schnellstmöglich wieder verschlossen.
- Beim Aufsetzen der Flaschen- und Tubenverschlüsse ist darauf zu achten, dass die Spitzen des Medikaments nicht mit der Haut der Pflegefachkraft in Kontakt kommen.


4.Dokumentation

- Falls etwas Auffälliges war, aufschreiben und dem/ der Krankenpfleger- In Bescheid geben

14. Hand und Nagelpflege

Material	Durchführung der Pflegeaktivität
<ul style="list-style-type: none"> - Unterlage / Moltex - Waschschüssel mit warmem Wasser - Seife - Handtuch - Nierenschale - Nagelschere oder Nagelklipse (Maniquick) - Nagelfeile - Handcreme nach Wunsch - Wegwerftücher - Eventuell Nagellack und Nagellackentferner 	<p><u>Vorbereitung</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informationssammlung <ul style="list-style-type: none"> - Welche Informationen brauche ich zur Ausführung der Pflorgetechnik? 2. Persönliche Vorbereitung <ul style="list-style-type: none"> - Händehygiene 3. Materialsammlung <ul style="list-style-type: none"> - Siehe linke Kolonne 4. Vorbereitung des Pflegeempfängers/des Zimmers <ul style="list-style-type: none"> - Pflegeempfänger informieren - Fenster schließen - Pflegeempfänger Gelegenheit geben vorher zur Toilette zu gehen - Korrekt installieren (auf dem Stuhl, wenn möglich) <p><u>Ausführung</u></p> <p><i><u>Nagelpflege an den Händen:</u></i></p> <ul style="list-style-type: none"> - wenn nötig, Nachthemdärmel hochkrepeln - Hände in warmem Wasser baden - Hände waschen lassen oder mit der eigenen Hand waschen - Gut abtrocknen - Handtuch unterlegen - Wenn nötig, Fingernägel kurz und rund schneiden - Fingernägel in einem Papiertuch einsammeln - Raue Nägel glatt feilen - Nägel mit der Spitze der Nagelfeile reinigen - Eventuell Hände eincremen, Nägel lackieren <p><u>Nachbereitung</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nachbereitung des Pflegeempfängers/des Zimmers <ul style="list-style-type: none"> - Bett und Nachttisch säubern - Zimmer aufräumen, alles an seinen Platz zurückräumen - Fragen, ob der Pflegeempfänger noch etwas benötigt - Nachttisch zurechtrücken, damit der Pflegeempfänger alles zur Hand hat - Klingel griffbereit legen 2. Nachbereitung des Materials <ul style="list-style-type: none"> - Gebrauchtes Material entsorgen 3. Persönliche Nachbereitung <ul style="list-style-type: none"> - Händehygiene 4. Dokumentation <ul style="list-style-type: none"> - In der Patientenakte werden die Pflorgetechnik und gegebenenfalls die Beobachtungen dokumentiert.

15. Mundhygiene : PE ohne Zahnprothesen

Illustration	Durchführung der Pflegemassnahmen
	<p><u>Vorbereitung</u></p> <p>1. Informationssammlung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identische Informationssammlung wie zur Durchführung der Körperpflege <p>2. Vorbereitung der Pflegeperson</p> <ul style="list-style-type: none"> - Händehygiene <p>3. Vorbereitung des Materials</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zahnbürste des PE - Zahnpasta - Becher oder Glas mit kaltem oder lauwarmem Wasser zum Ausspülen des Mundes - Handtuch von oben - Nierenschale aus Inox, wenn die Pflege nicht am Waschbecken durchgeführt wird - Einmalhandschuhe <p>4. Vorbereitung des PE / des Zimmers</p> <ul style="list-style-type: none"> - Den PE über die Pflege informieren - Das Material auf dem Nachttisch oder am Waschbecken vorbereiten <p><u>Durchführung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Den PE in sitzender oder halbsitzender Position installieren - Dem PE das obere Handtuch über die Brust legen - Beobachtung der Mundhöhle (Mykose? Zustand der Zähne? Mundgeruch? Klagen des PE) - Eine Dosis Zahnpasta auf die feuchte Zahnbürste auftragen - Die Zähne während 3 Minuten bürsten. Kreisende Bewegungen vom Zahnfleisch zu den Zähnen hin, durchführen. <u>WICHTIG : Reihenfolge beim Waschen der Zähne</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oberes Zahnfleisch 2. Unteres Zahnfleisch 3. Außenfläche der oberen Zähne 4. Außenfläche der unteren Zähne 5. Innenfläche der oberen Zähne 6. Innenfläche der unteren Zähne 7. Kaufläche der oberen Zähne 8. Kaufläche der unteren Zähne <p>Den Vorgang mit dem Reinigen der Kauflächen beenden</p> <ul style="list-style-type: none"> - Den PE in das Waschbecken oder in die Nierenschale ausspucken lassen - Den PE den Mund mehrmals ausspülen lassen - Dem PE die Möglichkeit geben, seinen Mund und seine Hände mit dem Handtuch abzutrocknen

Nachsorge

1. PE/Zimmer

- Den PE zurück installieren und das Material räumen
- Nachfragen, ob der PE noch etwas benötigt

2. Material







- Das schmutzige Wasser ins WC ausschütten
- Die Nierenschale aus Inox desinfizieren

3. Pflegeperson

- Händehygiene

4. Dokumentation/Mündliche Übergabe

16. Mundpflege – Pflege einer Zahnprothese

Illustration	Ausführung der Pflegeaktivität
     	<p>Vorbereitung</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informationssammlung <ul style="list-style-type: none"> - Allgemeine Informationen zum PE - Wo wird die Zahnprothese gewaschen? Im Bett oder am Waschbecken? - Beide Prothesen oder nur unten oder oben? 2. Vorbereitung des Pflegers <ul style="list-style-type: none"> - Händehygiene 3. Materialsammlung <ul style="list-style-type: none"> - Prothesenbehälter des PE - Zahncreme, Zahnbürste, Becher mit kaltem oder lauwarmem Wasser - Schutzhandschuhe, Nierenschale - Handtuch für den Oberkörper - Haftcreme, falls nötig - Pastillen zum Reinigen 4. Vorbereitung des PE/ Zimmers <ul style="list-style-type: none"> - Sich vorstellen - Dem Bewohner erklären, was Sie tun und wie Sie vorgehen - Die Anwesenheitslampe einschalten - Das Material auf den Nachttisch oder Tisch stellen <p>Ausführung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Den PE in sitzender oder halbsitzender Position installieren - Das Oberkörperhandtuch unter das Kinn legen - Handschuhe anziehen - Die Zahnprothesen ausziehen, falls der PE es nicht selbst durchführen kann: zuerst die obere Prothese, dann die untere - Die Prothesen in die Nierenschüssel legen (Abb. 3-4) - Die Prothesen mit fließendem Wasser reinigen mit einer Zahnbürste und Zahncreme - Aufpassen, dass die Prothesen nicht aus der Hand gleiten - Deswegen das Waschbecken zu einem Drittel mit Wasser füllen. - Die Prothesen nicht ins Wasser legen - ODER: Der PE legt die Prothesen in den Prothesenbehälter zusammen mit einer Reinigungspastille am Abend vorher - Am Morgen dann die Prothesen unter fließendem Wasser abspülen und mit der Zahnbürste putzen - Dem PE die Zahnprothesen anbieten, entweder er zieht sie selber an oder Sie helfen ihm: zuerst die untere Prothese dann die oberen (Abb. 6-7) - Danach die Handschuhe ausziehen - Dem PE anbieten seinen Mund und evt. die Hände mit dem Handtuch abzutrocknen - Wenn der PE seine normalen Zähne noch hat, putzt er diese mit der Zahnbürste und der Zahncreme - Dem PE anbieten seinen Mund mit Wasser aus dem Becher auszuspülen. Im Bett kann er das Wasser in die Nierenschüssel entleeren.



Nachbereitung

1. Pflegeempfänger

- Den PE korrekt installieren und fragen, ob er noch Hilfe braucht

2. Material

- Material räumen und die Nierenschüssel desinfizieren falls aus Inox




3. Pfleger

- Händehygiene

4. Dokumentation / schriftlich und mündlich

- falls Beobachtungen waren, diese mitteilen

17. Mundpflege – Spezielle Mundpflege

Illustration	Ausführung der Pflegeaktivität
   <p>Für die Benetzung der Mundschleimhaut eignet sich eine Klemme mit Tupfer. Zur Vermeidung von Verletzungen wird über die Branchen der Klemme ein Stück Kunststoffschlauch geschoben und der Tupfer so eingeschlagen, dass die Enden der Klemme vom Tupfer abgedeckt werden.</p> <p>http://www.zahnaerzteblatt.de/page.php?modul=HTMLPages&pid=2304</p> <p>Ebenfalls können spezielle Mundschwämme/Mundpflege-Tupfer für die Mundpflege benutzt werden (siehe Bild)</p>	<p><u>Vorbereitung</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informationssammlung <ul style="list-style-type: none"> - Name, Alter, Zimmernummer, Kooperationsmöglichkeit des PE - Indikation für spezielle Mundpflege, Häufigkeit, Zustand der Mundhöhle, Bestehen von Zahnprothesen 2. Vorbereitung des Pflegers <ul style="list-style-type: none"> - Händehygiene 3. Materialsammlung <ul style="list-style-type: none"> - Oberes Handtuch des PE - Einmalhandschuhe, Nierenschale, Péanklemme, Zungenspatel - 12-15 saubere Kompressen 5 x 5 cm - Ein Glas Wasser oder eine spezielle Lösung: Hextril, Corsodyl, Kamillosan, Eludril, oder Glycerinstäbchen - Eventuell Lippencreme (Bépanthol) und Glandosan 4. Vorbereitung des PE/ Zimmers <ul style="list-style-type: none"> - Den PE über die Pflege informieren - Das Material auf dem Nachttisch vorbereiten - Das Bett auf Arbeitshöhe bringen und den PE in sitzender oder halbsitzender Position installieren - Wenn der PE flach liegen muss: den Kopf zur Seite drehen und ein Tuch unter das Kinn des PE legen <p><u>Ausführung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Einmalhandschuhe anziehen - Die Kompressen um die Klemme oder den Zungenspatel wickeln (dabei darauf achten, dass die Enden der Instrumente komplett von der Komresse bedeckt sind, um Verletzungen zu vermeiden) -> vorzugsweise: MUNDSCHWAMM/MUNDPFLEGE-TUPFER benutzen - Die Komresse oder Mundschwamm/Mundpflege-Tupfer mit der Lösung befeuchten, am Rand des Bechers ausdrücken, um überschüssige Flüssigkeit zu entfernen - Sorgfältig vorgehen: von oben nach unten, von hinten nach vorne <ul style="list-style-type: none"> ○ Oberkiefer: <ul style="list-style-type: none"> Außenseite rechts und links, Zahnfleisch, Zähne Innenseite rechts und links, Zahnfleisch, Zähne, Gaumen ○ Innenseiten der Backen ○ Unterkiefer: <ul style="list-style-type: none"> Außenseite rechts und links, Zahnfleisch, Zähne Innenseite rechts und links, Zahnfleisch, Zähne



- Zunge:
Auf der Zunge
Evt. unter der Zunge: Verletzungsgefahr!

- Die Kompressen oder Mundschwämme/Mundpflege-Tupfer werden so häufig gewechselt, wie der Zustand der Mundhöhle es verlangt
- Beobachtung des Zustandes der Mundhöhle
- Den Mund mit dem Handtuch abtrocknen.
- Falls nötig die Lippen eincremen und/oder das Glandosan-Spray einsetzen

Bemerkung:

- Anstelle die Mundpflege mit Kompressen oder Mundstäbchen durchzuführen, kann der Mund auch mit speziellen Lösungen gespült werden.
- Vorbedingung: intakter Schluckreflex, Fähigkeit die Lösung auszuspucken
- Material: Glas mit Lösung, Handtuch, Nierenschale

Nachbereitung

Pflegeempfänger

- Den PE korrekt installieren, nach weiteren Wünschen befragen

Material

- Die Péan-Klemme sowie die nicht benutzten Kompressen können in der Originalverpackung auf dem / im Nachttisch aufbewahrt werden und bei der nächsten Mundpflege eingesetzt werden (gleiches gilt für die Mundpflege-Tupfer)
- Die Reste der speziellen Mundlösung müssen entsorgt werden, außer sie werden innerhalb von 2-3 Stunden verwendet und das Glas mit einer Kompresse bedeckt
- Die Nierenschale desinfizieren und auf/in den Nachttisch stellen

Pfleger

- Händehygiene

Dokumentation / schriftlich und mündlich

- Jede Anomalie der Mundschleimhaut

Spezielle Mundpflegemittel

Indikation: Behandlung oder Vorsorge von Mundschleimhautschäden.

GLANDOSAN

Wirkstoff	Synthetischer Speichel Enthält unter anderem Kalium, Natrium, Magnesium, Sorbit, Calcium
Wirkung	Befeuchtung
Anwendung	Als Spray, pur (nicht verdünnt)
Beurteilung	Häufig vom Patienten wegen seines unangenehmen Geschmacks abgelehnt

PAGAVIT

Wirkstoff	Glyzerin + Zitronensäure
Wirkung	Glyzerin dringt leicht und schnell in die Mundschleimhaut ein und entspannt diese. Zitronensäure regelt den pH-Wert, verbessert den Geschmack und regt die Speichelproduktion an.
Anwendung	Gebrauchsfertig auf speziellen Mundstäbchen
Beurteilung	Wegen des angenehmen Geschmacks für die Mundpflege angezeigt. Praktisch in der Anwendung, jedoch teuer. Zu überlegen: ökologischer Aspekt !

CORSODYL, HEXTRIL HIBIDENT, ELUDRIL (Anwendung nur nach Absprach mit Arzt oder Krankenpflegerin)

Wirkstoff	Chlorhexidine
Wirkung	Desinfektion des Mundes und des Rachens. Antibakterielle und antimykotische Wirkung.
Anwendung	Verdünnt oder unverdünnt je nach Substanz (Beipackzettel beachten).
Beurteilung	!!! Nebenwirkungen: coloration de la langue et des dents Geschmacksveränderungen, Übelkeit, Erbrechen Schädigungen der Schleimhaut Die Desinfektion fördert die Entstehung von pathogenen Keimen, deshalb Anwendung nur bei genauer Indikation: Vermeidung von Entzündungen und Infektionen in der Mundregion bei Personen mit erhöhtem Risiko. !!! Enthält Alkohol, also kontra-indiziert bei Alkoholentwöhnung.

KAMILLOSAN

Wirkstoff	Kamille
Wirkung	Entzündungshemmend, leicht antibakteriell und antimykotisch.
Anwendung	Verdünnt anwenden: KAMILLOSAN = konzentrierte Form □ 5 ml auf ein halbes Glas Wasser Als Tee (Apothekenqualität).
Beurteilung	Angenehmer Geschmack. Indiziert bei Entzündungen der Mundschleimhaut und als entsprechende Prophylaxe.

SALBEITEE

Wirkstoff	Extrakt aus der Salbeipflanze
Wirkung	Desinfizierend, Schutz vor mechanischen, chemischen, mikrobiellen Verletzungen.
Anwendung	Als Tee, 2,5 g getrocknete Salbeiblätter pro Tasse zum Ausspülen und Reinigen des Mundes (wie Kamillosan) oder als Tinktur, mehrmals am Tag auf die geschädigten Stellen auftragen.
Beurteilung	Unangenehmer Geschmack. Als Mundpflegemittel bei Gingivitis oder Stomatitis indiziert.

ISO-BETADINE BUCCALE (Anwendung nur nach Absprache mit Arzt oder Krankenpflegerin)


Wirkstoff	Polyvidon iode 1% , Ethanol, Glycérol,...Menthol, Eucalyptol
Wirkung	Breite antiseptische und desinfizierende Wirkung. Wirkt gegen Bakterien, Pilze und Viren
Anwendung	Zum Gurgeln und zum Ausspülen des Mundes, zur speziellen Mundpflege bei Infektionen Gebrauchsfertig -> unverdünnte Anwendung
Beurteilung	Äussere Anwendung. Nicht schlucken, Gefahr von Magenschmerzen! Kontraindiziert bei Iodallergie und Schilddrüsenerkrankungen

18. Die Fußpflege

Material	Durchführung der Pflegeaktivität
<ul style="list-style-type: none"> - Große Waschsüssel - Wasserbehälter - Plastikunterlage - (Moltex, Gummituch, Plastiktüte) - Seife - 2 Handtücher und Waschlappen - Nagelschere, 'Maniquick' - Tupfer - Fußcreme - Nierenschale - Handschuhe 	<p><u>Vorbereitung</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informationssammlung <ul style="list-style-type: none"> - Allgemeine Informationen zum Patienten - Informationen zu vorherigen Fußpflegen. 2. Persönliche Vorbereitung <ul style="list-style-type: none"> - Händehygiene 3. Materialsammlung <ul style="list-style-type: none"> - Siehe linke Kolonne 4. Vorbereitung des Pflegeempfängers/des Zimmers <ul style="list-style-type: none"> - Pflegeempfänger informieren - Fenster schließen - Pflegeempfänger Gelegenheit geben, vorher zur Toilette zu gehen <p><u>Ausführung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflegeempfänger installieren (eventuell mit Kissen im Rücken, Hausmantel) - Moltex auf den Boden legen - Patient vor Kälte und Scham schützen - Hosenbeine hochkrempeln - Bad während 5-15 Minuten - Wasserbehälter mit warmem Wasser füllen (36°Wassertemperatur) - Füße waschen und mit Wasser aus dem Wasserbehälter abspülen - Füße in Handtuch einwickeln - Waschsüssel leeren - Einen Fuß trocknen (Zehenzwischenräume nicht vergessen!) - Handtuch auf das Knie legen (Plastikfolie unter unser Knie legen) , Fuß daraufstellen - Fußnägel gerade schneiden, damit die Kanten des Nagels nicht einwachsen - Fußnägel in einer Kompresse einsammeln und in die Nierenschale legen - Eventuell Fußcreme auftragen (nicht zwischen den Zehen!) - Fuß auf Handtuch abstellen, während der 2te Fuß gepflegt wird - Strümpfe und Pantoffel anziehen <p><u>Nachbereitung</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nachbereitung des Pflegeempfängers/des Zimmers <ul style="list-style-type: none"> - Zimmer aufräumen und säubern, alles an seinen Platz zurückräumen - Fragen, ob der Pflegeempfänger noch etwas benötigt - Nachttisch evtl. zurechtrücken, damit der Pflegeempfänger alles zur Hand hat - Klingel griffbereit legen

	<p>2. Nachbereitung des Materials</p> <ul style="list-style-type: none">- Gebrauchtes Material entsorgen, säubern- Bei Fusspilz: Waschschüssel desinfizieren, Waschlappen und Tücher in die Schmutzwäsche entsorgen <p>3. Persönliche Nachbereitung</p> <ul style="list-style-type: none">- Händehygiene <p>4. Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none">- In der Patientenakte werden die Pflegetechnik und gegebenenfalls die Beobachtungen dokumentiert
--	---

19. Hilfestellung beim Ankleiden und Entkleiden

Material	Durchführung der Pflegeaktivität
<ul style="list-style-type: none"> - Kleider des PE - OP Hemd 	<p><u>Vorbereitung</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informationssammlung <ul style="list-style-type: none"> - Name, Alter, Zimmernummer/Bett, Hospitalisationsursache, Abhängigkeitsgrad, Perfusion oder andere technische Geräte.... - OP-Hemd, oder persönliche Kleider - Trägt der PE Unterhemd /Hose, Strümpfe..? 2. Persönliche Vorbereitung <ul style="list-style-type: none"> - Händehygiene 3. Materialsammlung <ul style="list-style-type: none"> - Die Kleider des PE aus dem Schrank nehmen und bereitlegen. 4. Vorbereitung des Pflegeempfängers/des Zimmers <ul style="list-style-type: none"> - Den Pflegeempfänger über den Ablauf der Pflegeaktivität informieren - Fenster und Tür schliessen - Platz verschaffen, <p><u>Ausführung</u></p> <p><u>Ohne Perfusion :</u></p> <p>Hose :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>PE sitzend:</u> Nacheinander beide Beine einfädeln. Der PE stellt sich anschließend und wir ziehen seine Hose hoch. - <u>PE liegend:</u> Ein Bein nach dem anderen aufheben und die Hose anziehen. Die Hose bis zu den Hüften hochziehen. - Der PE kann das Becken anheben (dazu die Beine anwinkeln und am Bettbügel festhalten), dann die Hose hochziehen - Der PE kann das Becken nicht anheben: den PE zu einer Seite drehen, die Hose hochziehen und genauso auf der anderen Seite vorgehen. <div style="text-align: center;">  <p style="font-size: small; margin: 0;">Copyright © 2007 Elsevier GmbH, Deutschland</p> </div> <p>Oberteil / Nachthemd:</p> <p>Bei eingeschränkter Mobilität:</p> <p><u>Entkleiden:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Das Oberteil bis unter die Achselhöhlen hochziehen. - Die zwei Arme hochheben, den Kopf nach vorne beugen und die Kleider über den Kopf und die Arme (nach vorne gestreckt) ausziehen.

Ankleiden:

- Das Oberteil über die 2 Arme bis zu den Achselhöhlen streifen, die Arme heben und den Kopf nach vorne beugen und das Oberteil überstreifen.



Copyright © 2007 Elsevier GmbH, Deutschland.

**Besonderheit wenn Arme oder Beine in ihrer Bewegung gestört sind:
(Schmerz, Lähmung...)**

Ausziehen: zuerst die gesunde Körperhälfte ausziehen und dann die Behinderte.

Anziehen : zuerst die behinderte Körperhälfte, danach die Gesunde.

Mit Infusion:

Die Infusion vor und nach der Hilfestellung kontrollieren:

- läuft diese noch?
- Ist der Verband noch intakt, trocken, nass, blutig...?
- Ist der Perfusionsschlauch nicht geknickt, oder um den Infusionsständer gewickelt?

Anziehen:

- Ein Kleidungsstück wählen mit weiten Ärmeln.
- Zuerst den Arm mit der Perfusion nehmen, die Perfusion durch den Ärmel schieben, danach den Arm des Patienten. Währenddessen, die Infusion immer senkrecht und höher als die Einstichstelle halten.
- Danach die Perfusion aufhängen.
- Den anderen Arm einfädeln und das Oberteil über den Kopf ziehen.
- Die Perfusion kontrollieren.

Ausziehen:

- Immer mit dem freien Arm beginnen und wie beim Anziehen vorgehen (nur beim Ausziehen: zuerst den Arm, dann die Perfusion durch den Ärmel ausziehen.)

Nachbereitung

1. Nachbereitung des Pflegeempfängers/des Zimmers

- Fragen, ob der Pflegeempfänger noch etwas benötigt
- Pflegeempfänger installieren,
- Nachttisch zurechtrücken damit der Pflegeempfänger alles zur Hand hat
- Klingel griffbereit legen
- Die schmutzige Wäsche in einem Wäschesack /Tüte in den Schrank legen
- Falls OP-Kittel, diese in den Wäschesack der Station entsorgen.

2. Persönliche Nachbereitung

- Händehygiene

3. Dokumentation

- Falls Beobachtungen zur Mobilität oder Mitwirken des PE gemacht wurden, diese aufschreiben und verbal mitteilen.

20. Die Körperhygiene – Teilweise Hilfe im Bett/ am Waschbecken

Material	Durchführung der Pflegemassnahmen
<ul style="list-style-type: none"> - Seife - 2 Handtücher, 2 Waschlappen (einen für den Oberkörper, einen für den Unterkörper) - Grosse Schüssel mit Wasser - Zahnbürste, Zahnpasta, nierenförmige Schüssel, Einmalhandschuhe bei Zahnprothese - Rasierer - Kamm/Bürste - Kleider - Schutz, um den PE zuzudecken falls kein oberes Bettlaken vorhanden ist - Zusätzliches Material, je nach Bedarf, für die Haut, die Wiederinstandsetzung des Bettes 	<p><u>Vorbereitung</u></p> <p>1. Informationssammlung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Genereller Art: Name, Alter, Zimmernummer, Pathologien - Spezifischer Art: Abhängigkeitsgrad während der Körperpflege, Mitwirkungsgrad des PE, Mobilitätsgrad, Besonderheiten in Bezug auf die Körperpflege, zum Beispiel: Schmerzen, Katheter, Wunden, ... <p>2. Persönliche Vorbereitung des Pflegers</p> <ul style="list-style-type: none"> - Händehygiene <p>3. Zusammentragen des Materials</p> <ul style="list-style-type: none"> - siehe nebenstehend <p>4. Vorbereitung des PE/des Zimmers</p> <ul style="list-style-type: none"> - Den PE über die Pflege informieren - Schliessen des Fensters - die Beine, der Intimbereich sowie das Gesäss werden im Bett gewaschen: das benötigte Material auf dem Nachttisch vorbereiten: Seife, grosse Schüssel mit Wasser, Handtuch für den Unterkörper, Waschlappen für den Unterkörper, Material für die Hautpflege, eventuell Unterwäsche, Hose des Schlafanzugs, eventuell Socken, Pantoffel. - das restliche Material am Waschbecken vorbereiten (für den Oberkörper). - einen Stuhl vor das Waschbecken stellen, und die Sitzfläche abdecken (Handtuch oder Unterlage...) <p><u>Ausführung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Betthöhe anpassen. - die Bettdecke und obere Bettlaken entfernen und den PE mit dem Bettlaken oder mit der mitgebrachte Unterlage zudecken. - den PE wenn mögliche flach installieren. - sämtliches Positionierungsmaterial entfernen (Kopfkissen,..) - den PE unten entkleiden (falls nötig Verbände entfernen, ...) <p>WASCHLAPPEN FÜR DEN UNTERKÖRPER</p> <ul style="list-style-type: none"> - das Handtuch unter das entferntere Bein legen: waschen, Seife abwaschen und abtrocknen. <p>N.B. <u>Beruhigende Waschung</u>: Richtung des Haarwachses, von oben nach unten. <u>Stimulierende Waschung</u>: Entgegen der Haarwachsrichtung, von unten nach oben. Bei Fusspilz zuerst die Beine, dann die Füsse waschen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Idem beim anderen Bein.

- den PE unten anziehen,
- den PE am Rand des Bettes setzen.
- die Höhe des Bettes anpassen.
- Pantoffel anziehen
- den PE zum Waschbecken begleiten
- den PE auf den sich beim Waschbecken befindlichen Stuhl setzen
- ihm die Kleidung am Oberkörper ausziehen (oder den PE dies selbst ausführen lassen)
- ihm den Rücken waschen, eincremen.
- den PE den Waschvorgang selbst beenden lassen (sich dabei vergewissern, dass er alles erreichen kann)
- den PE allein lassen, die Badezimmertür einen Spalt weit offenlassen, nachsehen ob er zurechtkommt
- während dem der PE sich wäscht, das Bett beziehen
- dem PE eventuell beim Anziehen helfen
- den PE ins Zimmer begleiten, ihn im Bett oder im Sessel unterbringen

Bemerkung: die Intimpflege wird vom PE selbst vorgenommen

Nachbereitung

1. PE/Zimmer/Badezimmer

- das Zimmer und das Badezimmer aufräumen, alles an seinen Platz stellen
- den Nachttisch reinigen und desinfizieren
- das Fenster schließen
- den PE fragen, ob er noch etwas braucht.

2. Material

- das verschmutzte Wasser in die Toilette schütten.
- die Handtücher und Waschlappen des PE aufhängen.
- gebrauchte trockene Kleidung in einen Plastiksack stecken und diesen in den Schrank legen.
- das restliche Material aufräumen.
- die große Schüssel desinfizieren.
- Hauseigenes Handtuch und Waschlappen in den Wäschesack stecken.

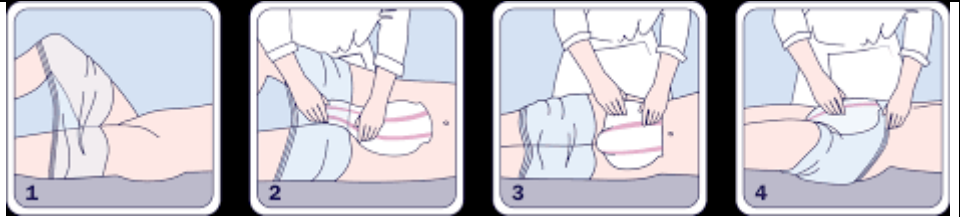
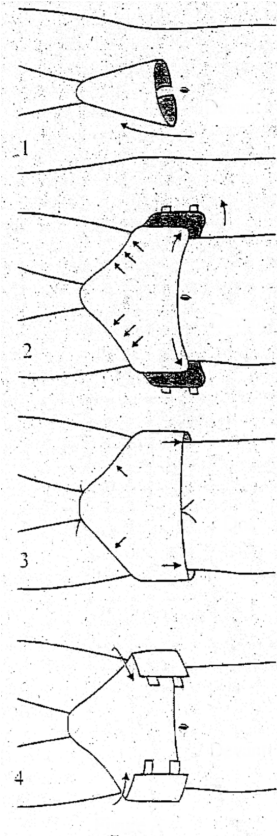
3. Pfleger

- Händehygiene

4. Dokumentation/mündliche Übergabe

21. Inkontinenzwäsche wechseln

Material, Illustration	Durchführung der Pflegemassnahmen
<ul style="list-style-type: none"> - Inkontinenzwäsche zur Situation vom PE passend auswählen (Grad und Typ Inkontinenz, orientiert, Grösse...) - Einmalhandschuhe - Einmalunterlage - Waschschüssel - Waschhandschuh /Einmalwaschlappen - Waschlotion - Handtuch - Toilettenpapier oder Zellstoff - Creme oder Lotion für Hautpflege (Feuchtigkeitscreme) - Falls PE Hautrötungen in den Hautfalten hat (Intertrigo): wasserabweisende Creme - Abfallbehälter oder Plastiktüte 	<p><u>Vorbereitung</u></p> <p style="text-align: center;">1. Informationssammlung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Allgemeine Informationen zum PE - Ist der PE teilinkontinent? Stuhl- und urininkontinent? Kann er noch selbstständig zur Toilette gehen? Ist er zeitlich und örtlich orientiert? - Wird der Wechsel am Tag oder in der Nacht durchgeführt? (oft wird unterschiedliches Material angezogen) - Welche Inkontinenzwäsche wird normalerweise benutzt? <p style="text-align: center;">2. Vorbereitung des Pflegers</p> <ul style="list-style-type: none"> - Händehygiene <p style="text-align: center;">3. Materialsammlung</p> <ul style="list-style-type: none"> - (siehe linke Kolonne) <p style="text-align: center;">4. Vorbereitung des PE/ Zimmers</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sich vorstellen - Dem Bewohner erklären, was Sie tun und wie Sie vorgehen - Die Anwesenheitslampe einschalten - Das Material auf den Nachttisch oder Tisch stellen - Abfallbehälter ggf neben das Bett stellen <p><u>Ausführung (PE im Bett liegend)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Bettlaken durch Einmalunterlage schützen - Einmalhandschuhe anziehen - Inkontinenzwäsche öffnen - Bei Stuhlgang, Vorderteil der Inkontinenzwäsche zur Stuhlfentfernung verwenden, dann mit Toilettenpapier Reste entfernen - Inkontinenzwäsche so zusammenrollen, dass kein Kontakt mit Stuhl stattfindet - Waschen und Trocknen des Genitalbereichs - Eventuell wasserabweisende Creme dünn in den Leisten auftragen falls Intertrigo - Pflegeempfänger auf die Seite drehen - Inkontinenzwäsche in Abfallbehälter entsorgen - Gesäßbereich mit Toilettenpapier säubern - Waschen und Trocknen des Gesäßbereichs - Rückfettung der Haut - Eventuell wasserabweisende Creme dünn in der Analfalte auftragen falls Intertrigo - Neue Inkontinenzwäsche von vorne nach hinten anbringen (um die Verschleppung von Darmbakterien in den Genitalbereich zu verhindern) - Inkontinenzwäsche auseinanderfalten und vorne und hinten anpassen - Pflegeempfänger in Rückenlage, evtl. auf andere Seite drehen - Inkontinenzwäsche ganz auseinanderfalten - Sitz kontrollieren - Obere und untere Klebestreifen befestigen - Sitz kontrollieren



[Anlegetechniken für Inkontinenzprodukte \(medikodirekt.de\)](http://medikodirekt.de)

Nachbereitung

1. Pflegeempfänger

- Den PE korrekt installieren und fragen, ob er noch Hilfe braucht

2. Material

- Material räumen und die Abfalltüte entsorgen (aus dem Zimmer bringen, Gefahr von Geruchsbildung)

3. Pfleger

- Händehygiene

4. Dokumentation / schriftlich und mündlich

- falls Beobachtungen (z.B. Rötung) waren, diese mitteilen.
- Evaluieren, ob das angelegte Inkontinenzmaterial zur Situation vom PE passt oder ob Änderungen nötig sind. Diese dann mündlich argumentieren und weitergeben, schriftlich festhalten.

22. Ganzkörperpflege im Bett

Material	Durchführung der Pflegeaktivität
<ul style="list-style-type: none"> - Waschlotion oder Syndets/Seife - 1 Waschschüssel - 2 Handtücher und 2 Waschlappen - Abdecktuch - Körpercreme (zur Rückfettung der Haut) - Einmalhandschuhe - Evtl. Sichtschutz installieren - Material zur Zahnpflege - Material zur Haarpflege - Material zur Rasur - Bei Bedarf: saubere Unterwäsche, sauberes Nachthemd, Inkontinenzmaterial, ... 	<p><u>Vorbereitung</u></p> <p>a) Informationssammlung</p> <p>Allgemeine Informationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Name, Alter, soziale Situation, Zimmer, Krankheiten, Behandlung - Spezielle Informationen zur Technik: Autonomie, Mitarbeit, Mobilisation, Bewusstseinszustand/ Kommunikationsfähigkeit, Kooperationsfähigkeit - Schmerzen, Wunden, Verbände, Zu- oder Ableitungen (Urinsonde, Infusion...), Gewohnheiten, Informationen zum Bedürfnis „Ausscheiden“ (Inkontinenz? Inkontinenzmaterial?...) <p>b) Persönliche Vorbereitung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Händehygiene <p>c) Materialsammlung</p> <ul style="list-style-type: none"> - (siehe linke Kolonne) <p>d) Vorbereitung des Pflegeempfängers/des Zimmers</p> <ul style="list-style-type: none"> - Präsenzlicht einschalten. - Den Pflegeempfänger über die Pflegemaßnahme informieren - Fenster schließen - Das Material auf dem Nachttisch vorbereiten <p>e) Grundsätzliches:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Man sollte in großen Zügen (Extremitäten) oder in kreisenden Bewegungen (Rücken,...) waschen. Je nachdem, welche Wassertemperatur man benutzt, wie fest/sanft oder in welche Richtung man wäscht, kann das Waschen als belebend, beruhigend, stimulierend erlebt werden. ⇒ Aktivieren/ beleben: gegen den Haarwuchs waschen, raueres Waschmaterial, kälteres Wasser ⇒ Beruhigen: sanft in Richtung des Haarwuchses, geschmeidiges Material, wärmeres Wasser ⇒ Venösen Rückfluss fördern: in Richtung des Blutstroms in den Venen (Beine vor allem) ⇒ Man deckt immer nur die Körperregion auf, die man gerade wäscht, um das Schamgefühl des Patienten zu beachten ⇒ Man wäscht die der Pflegeperson entgegengesetzte Seite (Arm, Bein) zuerst

- ⇒ Zum Schutz der Bettwäsche wird das Handtuch unter den jeweils zu waschenden Körperteil gelegt
- ⇒ Nicht zu zweit waschen, denn dies kann den Patienten verwirren (besonders den dementen Menschen)
- ⇒ Die Pflegeutensilien des Patienten benutzen, seine Waschroutine berücksichtigen
- ⇒ Das Berühren, der menschliche Hautkontakt ist eine wichtige Form der Kommunikation. Folglich sollte man Handschuhe nur benutzen, falls unbedingt erforderlich zum Selbstschutz
- ⇒ Die Technik der Körperwaschung muss in ihrem Ablauf der Situation des Patienten angepasst werden (man lässt keinen Menschen unnötig lange in nasser Inkontinenzwäsche liegen, man braucht die Beine nicht unbedingt jeden Tag zu waschen,...)

Ausführung

Ablauf der Körperpflege, falls der Patient sich drehen kann:

- Pflegebett auf Arbeitshöhe bringen, d.h. auf Hüfthöhe um rückschonend zu arbeiten.
- Den Pflegeempfänger nur so weit aufdecken wie nötig und ggf. Abdecktuch benutzen.
- Die Installation des Pflegeempfängers überprüfen, ihn korrekt installieren
- Lagerungskissen entfernen (Schiene, Bettbogen...)

Gewaschen wird normalerweise in dieser Reihenfolge:

- Gesicht
- Arme
- Hals und Brust
- Wechsel des Handtuches und des Waschlappens**
- Beine
- Wechsel des Waschwassers**
- Bauch und Intimggend
- Wechsel des Wassers, des Waschlappens, des Handtuches**
- Rücken
- Wechsel des Waschlappens und des Handtuches**
- Gesäß

Detaillierte Beschreibung eines möglichen Ablaufs:

a) Das Gesicht:

Man benutzt **Waschlappen und Handtuch für die obere Körperhälfte.**

- Waschen der Augen von der Schläfe zum Augenwinkel ohne Seife, dann
- abtrocknen. Je nach Wunsch des Patienten für den Rest des Gesichtes Seife benutzen.
- Waschen, Abspülen, Trocknen von:
 - Stirn
 - Schläfen

- Ohrmuscheln
- hinter den Ohren
- Wangen
- Nase
- Kinn
- Mund

- Bettwäsche zurückschlagen, Nachthemd ausziehen und Oberkörper mit Abdecktuch abdecken.

b) Die Arme:

- Von den Fingern ausgehend den Arm bis zur Achselhöhle in langen Zügen
- waschen.
- Gründlich zwischen den Fingern und in der Achselhöhle waschen.
- Gründlich abspülen und trocknen
- Zustand der Fingernägel während dem Waschen beobachten (sauber, lang, ...)

c) Hals und Brust:

- Abdecktuch bis zur Taille zurückschlagen.
- Hals und Brust bis zum Nabel waschen (Gründlichkeit insbesondere in den Hautfalten und unter den Brüsten !!!)
- Dann abspülen und gründlich trocknen (besonders in den Hautfalten und unter den Brüsten!!)

d) Beine:

Man benutzt **Waschlappen und Handtuch für die untere Körperhälfte**

- Abdecktuch auf Brust und Intimgegend legen.
- Pyjamahose ausziehen
- Waschen der Beine von den Zehen bis hin zu den Leisten, oder entgegengesetzte Richtung, je nachdem ob eine stimulierende oder beruhigende Waschung angepasst ist.
- Zehenzwischenräume gründlich waschen !!!!
- Bei Fusspilz: Füße zum Schluss waschen (**Handschuhe tragen!**), Waschlappen in Schmutzwäsche entsorgen, Waschschüssel desinfizieren.
- Abspülen und abtrocknen
- Zustand von Zehennägeln beobachten
- Zustand der Fersen beobachten, gegebenenfalls eincremen

e) Bauch und Intimgegend

Wasser wechseln vor der Intimtoilette

- Einmalgebrauchhandschuhe anziehen (bei Verdacht auf Infektionen oder Mykosen in der Intimregion oder bei Urinkatheterträger/innen werden immer Einmalhandschuhe und Einmalwaschlappen verwendet)
- Handtuch und Waschlappen für untere Körperhälfte
- Intimtoilette
- Den PE möglichst flach installieren

- Das Handtuch teilweise unter das Gesäß legen, mit dem anderen Teil die Intimgegend abdecken.
- Den PE bitten die Beine leicht zu spreizen und aufzustellen, wenn es körperlich möglich und medizinisch erlaubt ist.
- Die zwei Seiten des Waschlappens einseifen.
- Mit Seite 1:
- Unterbauch, oberer Teil der Oberschenkel (Außen-und Innenseite), Leistengegend waschen
- Mit Seite 2:
- Bei der Frau die Genitalien von oben nach unten (vom Schambein zum Anus hin) waschen: zuerst die äußeren Genitalien, dann die inneren Genitalien, in dem Sie diese mit Daumen –und Zeigefinger spreizen. Jeder Teil des Waschlappens wird nur einmal verwendet. Dabei vorsichtig und sanft vorgehen. Anschließend vorsichtig abtupfen.
- Beim Mann den Penis waschen:
- Die Vorhaut, sofern vorhanden, vorsichtig zurückschieben, die Eichel gründlich mit dem feuchten Waschlappen vom Belag (Smegma) reinigen, dann Penisschaft in Richtung Körper, Waschen des Hodensacks.
- Dann abspülen, abtrocknen in gleicher Reihenfolge und zum Schluss die Vorhaut wieder nach vorne schieben.

f) Rücken und Gesäß

Wechsel des Waschwassers vor der Seitenlagerung !!!!

- Den PE auf die Seite lagern, Techniken der Manutention anwenden falls nötig.
- Bett **auf der Höhe des Rückens** mit **dem Handtuch von oben** abdecken
- Rücken vom Hals ausgehend bis zur Taille waschen, abspülen und trocknen
- Rücken eincremen
- Waschen des Gesäßes: Handtuch für untere Körperhälfte dicht das Gesäß legen, so dass das Bett nicht feucht wird.
- Handschuhe anziehen
- Beide Seiten des Waschlappens einseifen
- Mit der einen Seite die Gesäßbacken und die Hüfte, mit der anderen Seite des Waschlappens **die Gesäßfurche zum Kreuzbein hin waschen**, abwaschen, dann abtrocknen. Auch bei diesem Arbeitsgang wird bei jedem Ansetzen ein frischer Teil des Waschlappens verwendet.
- Handschuhe wieder entfernen.
- Das Gesäß wird bei Bedarf mit Hautpflegemittel eingecremt und die Creme gut eingerieben

g) In die Körperpflege zu integrieren sind:

- Mundpflege
- Haarpflege
- Rasur – vor dem Waschen des Gesichtes bei Trockenrasur
- Gesichtspflege, Schminken - je nach Wunsch des PE
- Eventuell spezielle Ohrpflege; spezielle Augenpflege;

Nachbereitung

1. Persönliche Nachbereitung

- Händehygiene

2. Material Nachbereitung

- Material räumen und desinfizieren.
- Gebrauchte Kleidung/ Wäsche wegräumen (Tüte oder Waschsack)
- Waschschüssel desinfizieren

3. Dokumentation

Auffälligkeiten aufschreiben und Krankenpfleger(in) Bescheid geben.

Anmerkung zu zwei speziellen Situationen

1. Bei Inkontinenz:

- Bei Betreten des Zimmers nachsehen, ob das Bett/ die Erwachsenenwindel beschmutzt ist.
- Ist dies der Fall ist, muss man mit diesem Teil der Toilette beginnen.
- Handschuhe tragen zum Selbstschutz
- Die beschmutzte Windel komplett entfernen, um sich eine saubere Arbeitsfläche zu verschaffen
- Dann Grobreinigung mit Papier
- Dann erst waschen mit Einmalwaschlappen

2. Bei Urinsondenträger:

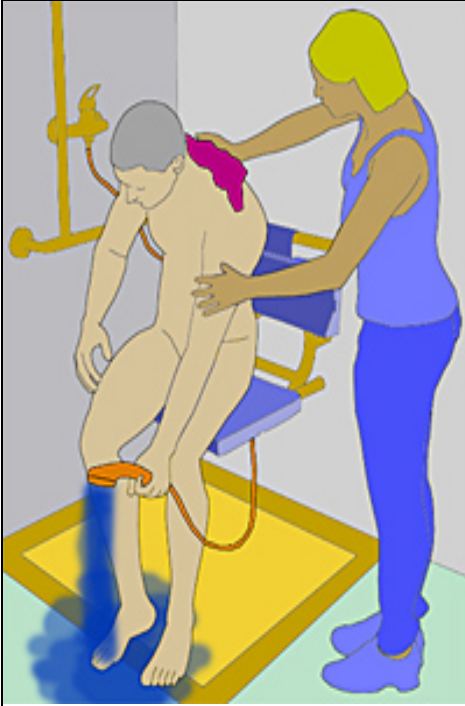
- Intimtoilette mittels Einmalwaschlappen verrichten. Falls man einen normalen Waschlappen benutzt, muss dieser nach der Pflege in die Schmutzwäsche entsorgt werden.
- Urinsonde auf einer Länge von ca. 10 cm ausgehend von der Harnröhrenöffnung in Richtung Verbindungsstelle Sonde/Schlauch mitwaschen, spülen und abtrocknen

Ablauf der Körperpflege beim Patienten welcher sich nur hochheben kann:

- Dieses Vorgehen ist für den Patienten wesentlich anstrengender, sollte also nur angewendet werden falls absolut nötig:
- Gesicht
- Arme
- Hals und Brust
- Rücken
- **Wechsel von Waschlappen und Handtuch**
- Beine
- **Wechsel des Waschwassers**
- Bauch und Intimgegend
- Gesäß

23. Die Dusche

Material	Durchführung der Pflegeaktivität
<ul style="list-style-type: none"> - Seife und Shampoo - 1 großes Handtuch, - 1 kleines Handtuch für das Haar, - 2 Waschlappen (Einen für Ober und Unterkörper und einen für den Intimbereich), - Einmalhandschuhe, - Händedesinfektionsmittel - Unterwäsche und Kleidung - Haarbürste und Föhn - Zahnbürste, - Rasierapparat - Hautpflegeprodukte - Antirutschvorlage - Plastikstuhl (falls nicht vorhanden in der Dusche) 	<p><u>Vorbereitung</u></p> <p>1.Informationssammlung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Name, Alter, Zimmernummer/Bett, Hospitalisationsursache, Ist-Zustand, der Mobilität, Hilfeleistung/Unterstützung bei der Bewegung <p>2.Persönliche Vorbereitung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Händehygiene <p>3.Materialsammlung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Siehe linke Kolonne <p>4.Vorbereitung des Pflegeempfängers/des Zimmers</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflegeempfänger informieren - Alle Materialien griffbereit bereitlegen - Badezimmer auf eine angenehme Temperatur heizen - Handtücher auf der Heizung vorwärmen - Auf rutschfeste Schuhe des PE achten - PE soll Schmuck und Uhren, sowie Brille und Hörgeräte ablegen.. - Rutschsichere Matte in die Dusche legen - Immobile Bewohner werden vom Bett auf den Duschstuhl transferiert. Ggf. mit Hilfe eines Patienten-Lifters. <p><u>Ausführung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - PE in das Badezimmer begleiten - Dem PE die Haltegriffe anzeigen, die er für die eigene Stabilisierung nutzen kann. - Soweit möglich zieht sich der PE eigenständig aus. - PE auf den Duschstuhl installieren - Die Handdusche wird vom PE weggehalten, angestellt und auf eine angenehme Temperatur eingestellt. Üblich sind 35°C bis 38°C. - Die Pflegekraft kann das Wasser am eigenen Unterarm testen. - Danach wird der Duschkopf gegen die Beine des PE gehalten und er nach dem Temperaturempfinden befragt. - Dann Duschstrahl von Füßen an aufwärts benutzen - Darauf achten, dass der PE nicht auskühlt, ggf. werden Hautbereiche durch den Duschstrahl warmgehalten. - PE kann selbst bestimmte Körperbereiche einseifen und abspülen. - Gesicht, nach Wunsch ohne Seife, eventuell Augen mit einem Waschlappen bedecken - Zuletzt den Intimbereich: Handschuhe anziehen, - Den PE bitten sich aufzurichten (falls möglich) und diesen nach den Hygieneprinzipien waschen und Seife abspülen, zuerst den Genitalbereich, dann den Analbereich - Händehygiene



- Die Haarwäsche sollte sinnvollerweise zum Schluss durchgeführt werden (bedenke: Auskühlung, und unangenehmes Gefühl bis zu Angst oder Panik bei Wasser über den Kopf)
- Großes, vorgewärmtes Badetuch um die Schultern des PE legen. Für das Haar wird ein kleineres verwendet.

Nachbereitung

1. Nachbereitung des Pflegeempfängers/des Zimmers

- Haare müssen geföhnt werden
- Nagelpflege, Mundpflege und Rasur nicht vergessen falls notwendig
- Fragen, ob der Pflegeempfänger noch etwas benötigt
- PE bequem und korrekt installieren
- Zu trinken anreichen
- Klingel griffbereit legen

2. Persönliche Nachbereitung

- Händehygiene

3. Material Nachbereitung

- Material räumen und desinfizieren falls nötig

4. Dokumentation

- Wichtige Beobachtungen (Hautzustand usw.) berichten und notieren

24. Waschen des Intimbereiches bei der FRAU/ beim MANN

Material	Durchführung der Pflegeaktivität
<ul style="list-style-type: none"> - Waschlotion u. Syndets - 1 Waschschüssel - 1 Handtuch und 1 Waschlappen - evt 1 Waschlappen und Handtuch für die Intimtoilette - Körpercreme (zur Rückfettung der Haut) - Einmalhandschuhe - Evtl. Sichtschutz installieren 	<p><u>Vorbereitung</u></p> <p>1. Informationssammlung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Allgemeine Informationen: Name, Alter Zimmer, Krankheiten - Spezielle Informationen zur Technik: Autonomie, Mitarbeit, Mobilisation, Schmerzen, Wunden , Verbände <p>2. Persönliche Vorbereitung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Händehygiene <p>3. Materialsammlung</p> <ul style="list-style-type: none"> - (siehe linke Kolonne) <p>4. Vorbereitung des Pflegeempfängers/des Zimmers</p> <ul style="list-style-type: none"> - Präsenzlicht einschalten. - Den Pflegeempfänger über die Pflegemaßnahme informieren - Fenster schließen - Das Material auf dem Nachttisch vorbereiten <p><u>Ausführung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflegebett auf Arbeitshöhe bringen, d.h. auf Hüfthöhe um rückschonend zu arbeiten. - Den Pflegeempfänger aufdecken und mit dem oberen Leintuch abdecken - Die Installation des Pflegeempfängers überprüfen, ihn korrekt installieren - Lagerungskissen entfernen (Schiene, Bettbogen...) - <u>Wasser wechseln vor der Intimtoilette</u> - - Einmalgebrauchhandschuhe anziehen (bei Verdacht auf Infektionen oder Mykosen in der Intimregion oder bei Urinkatheterträger/innen werden immer Einmalhandschuhe und Einmalwaschlappen verwendet) - Handtuch und Waschlappen für Intimbereich - <u>Intimtoilette</u> - Den PE möglichst flach installieren - Das Handtuch teilweise unter das Gesäß legen, mit dem anderen Teil die Intimggend abdecken. - Den PE bitten die Beine leicht zu spreizen und aufzustellen, wenn es körperlich möglich und medizinisch erlaubt ist. - Die zwei Seiten des Waschlappens einseifen. <p>Mit Seite 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Unterbauch, oberer Teil der Oberschenkel (Außen- und Innenseite), Leistengegend waschen ○ Und beim Mann das Skrotum mit der Hand anheben, vorsichtig waschen und sanft abtrocknen. <p>Mit Seite 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Bei der Frau die Genitalien von oben nach unten (vom Schambein zum Anus hin) waschen zuerst die äußeren Genitalien, dann die inneren Genitalien, in dem Sie diese mit

Daumen –und Zeigefinger spreizen. Jeder Teil des Waschlappens wird nur einmal verwendet. Gehen Sie dabei sehr vorsichtig und sanft vor. Anschließend vorsichtig abtupfen.

- Beim **Mann** den Penis waschen:
 - Die Vorhaut, sofern vorhanden, sehr vorsichtig zurückschieben, die Eichel gründlich und vorsichtig mit dem feuchten Waschlappen vom Belag (Smegma) reinigen, die Vorhaut wieder vorschieben, abtrocknen.
- Wasser wechseln vor der Seitenlagerung
 - Den PE auf die Seite lagern, Techniken der Manutention anwenden falls nötig.
 - Wenn die Unterlage schmutzig ist, diese umschlagen
 - Bett auf der Höhe des Rückens mit dem Handtuch von oben abdecken
 - Das Handtuch von unten teilweise unter das Gesäß schieben und das Gesäß abdecken.
 - Waschen des Gesäßes: Legen Sie dazu ein Handtuch dicht an den Po, so dass das Bett nicht feucht wird.
 - Beide Seiten des Waschlappens für die Intimzone einseifen
 - Mit der einen Seite die Gesäßbacken und die Hüfte, mit der anderen Seite des Waschlappens die Gesäßfalte zum Kreuzbein hin waschen, abwaschen, dann abtrocknen. Auch bei diesem Arbeitsgang wird bei jedem Ansetzen ein frischer Teil des Waschlappens verwendet.
 - Handschuhe wieder entfernen.
 - Das Gesäß wird bei Bedarf mit Hautpflegemittel eingecremt und die Creme gut einmassiert.

Nachbereitung

1. Persönliche Nachbereitung

- Händehygiene

2. Material Nachbereitung

- Material räumen (Schmutzwasser in die Toilette) und desinfizieren.
- Gebrauchte Kleidung räumen Schrank (Tüte oder Waschsack)
- Waschschüssel desinfizieren

3. Dokumentation

- Falls etwas auffälliges war (zb . Hautbeobachtung), aufschreiben und dem Krankenpfleger-in Bescheid geben.

25. Waschen des Intimbereiches bei der FRAU / beim MANN mit Urinkatheter

Material	Durchführung der Pflegeaktivität
<ul style="list-style-type: none"> - Waschlotion u. Syndets - 1 Waschschüssel - 1 Handtuch und 1 Einmalwaschlappen UND/ODER 1 Waschlappen - evt 1 Waschlappen und Handtuch für die Intimtoilette - Körpercreme (zur Rückfettung der Haut) - Einmalhandschuhe - Evtl. Sichtschutz installieren 	<p><u>Vorbereitung</u></p> <p>1.Informationssammlung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Allgemeine Informationen: Name, Alter Zimmer, Krankheiten - Spezielle Informationen zur Technik: Autonomie, Mitarbeit, Mobilisation, Schmerzen, Wunden , Verbände <p>2.Persönliche Vorbereitung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Händehygiene <p>3.Materialsammlung(siehe linke Kolonne)</p> <p>4.Vorbereitung des Pflegeempfängers/des Zimmers</p> <ul style="list-style-type: none"> - Präsenzlicht einschalten. - Den Pflegeempfänger über die Pflegemassnahme informieren - Fenster schließen - Das Material auf dem Nachttisch vorbereiten <p><u>Ausführung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflegebett auf Arbeitshöhe bringen, d.h. auf Hüfthöhe um rückschonend zu arbeiten. - Den Pflegeempfänger aufdecken und mit dem oberen Leintuch abdecken (oder mit dem zu diesem mitgenommenen Material). - Die Installation des Pflegeempfängers überprüfen, ihn korrekt installieren - Lagerungskissen entfernen (Schienen, Bettbogen...) - <u>Wasser wechseln vor der Intimtoilette</u> - - Einmalgebrauchhandschuhe anziehen (bei Verdacht auf Infektionen oder Mykosen in der Intimregion oder bei Urinkatheterträger/innen werden immer Einmalhandschuhe und Einmalwaschlappen verwendet) - Handtuch und Waschlappen für Intimbereich - <u>Intimtoilette</u> - Den PE möglichst flach installieren - Das Handtuch teilweise unter das Gesäß legen, mit dem anderen Teil die Intimgegend abdecken. - Den PE bitten die Beine leicht zu spreizen und aufzustellen, wenn es körperlich möglich und medizinisch erlaubt ist. - Die zwei Seiten des Waschlappen einseifen: <p>Mit Seite 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unterbauch, oberer Teil der Oberschenkel (Außen-und Innenseite), Leistengegend waschen - Und beim Mann das Skrotum mit der Hand anheben, vorsichtig waschen und sanft abtrocknen.

Mit Seite 2 :

- Bei der **Frau** die Genitalien **von oben nach unten (vom Schambein zum Anus hin)** waschen zuerst die äußeren Genitalien, dann die inneren Genitalien, in dem Sie diese mit Daumen –und Zeigefinger spreizen. Jeder Teil des Waschlappens wird nur einmal verwendet. Gehen Sie dabei sehr vorsichtig und sanft vor. Anschließend vorsichtig abtupfen.
- Jetzt Urinsonde vorsichtig von Harnröhrenöffnung in Richtung Urinbeutelanschluss +/- 10 cm mit leichter Drehbewegung mit reinigenwaschen (ohne an der Urinsonde zu ziehen !!; evtl. sich mit der linken Hand leicht abstützen)
- Danach Seifenreste entfernen und vorsichtig abtrocknen.
- Einmalhandschuhe ausziehen.

- Beim **Mann** den Penis waschen:
- Die Vorhaut, sofern vorhanden, sehr vorsichtig zurückschieben, die Eichel gründlich und vorsichtig mit dem feuchten Waschlappen vom Belag (Smegma) reinigen, die Vorhaut wieder vorschieben, abtrocknen.
- Urinsonde in gleicher Weise wie bei der Frau waschen!
- Danach Einmalhandschuh ausziehen

- Wasser wechseln vor der Seitenlagerung
- Den PE auf die Seite lagern, Techniken der Manutention anwenden falls nötig.
- Wenn die Unterlage schmutzig ist, diese umschlagen
- Bett auf der Höhe des Rückens mit dem Handtuch von oben abdecken
- Das Handtuch von unten teilweise unter das Gesäß schieben und das Gesäß abdecken.
- Den Rücken mit Waschlappen von oben einseifen, Seife abwaschen trocknen

- Waschen des Gesäßes: Legen Sie dazu ein Handtuch dicht an den Po, so dass das Bett nicht feucht wird.
- Beide Seiten des Waschlappens für die Intimzone einseifen
- Mit der einen Seite die Gesäßbacken und die Hüfte, mit der anderen Seite des Waschlappens **die Gesäßfalte zum Kreuzbein hin waschen**, abwaschen, dann abtrocknen. Auch bei diesem Arbeitsgang wird bei jedem Ansetzen ein frischer Teil des Waschlappens verwendet.
- Handschuhe wieder entfernen.
- Das Gesäß wird bei Bedarf mit Hautpflegemittel eingecremt und die Creme gut einmassiert.

Nachbereitung

1. Persönliche Nachbereitung

- Händehygiene


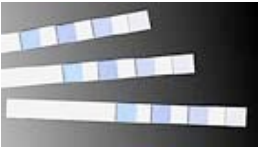
2. Material Nachbereitung

- Material räumen (Schmutzwasser in die Toilette) und desinfizieren.
- Gebrauchte Kleidung räumen Schrank (Tüte oder Waschsack)
- Waschschüssel desinfizieren

3. Dokumentation

- Falls etwas auffälliges war (zb Hautbeobachtung), aufschreiben und dem Krankenpfleger-in Bescheid geben.

26. Die Urinanalyse

Material	Durchführung der Pflegeaktivität
<ul style="list-style-type: none"> - Auffangbehälter mit Deckel - Behälter mit Teststreifen - Kleenex - Einweghandschuhe - Uhr - Notizblock  	<p><u>Vorbereitung</u></p> <p>1. Informationssammlung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Allgemeine Informationen: Name, Alter, Zimmer, Krankheiten, Diagnostik, - Spezielle Informationen: Indikation der Urinsonde? Beobachtungen der Diurese, oder Auffangbehälter? - Die Verpackung durchlesen da sich die Handhabung der verschiedenen Teststreifen (Marken) unterscheiden kann (Testzeit, Farben) - Den Kontakt mit der Luft so kurz wie möglich halten. Der Kontakt mit der Luft kann die Teststreifen beschädigen. - Das Verfallsdatum kontrollieren. Wenn der Behälter einmal geöffnet ist, dürfen die restlichen Teststreifen nicht länger als 6 Monate benutzt werden - Den Teststreifen herausnehmen und den Behälter sofort wieder verschliessen. Vorgehen ist wichtig, um richtige Resultate bei der Analyse zu ermöglichen. <p>2. Persönliche Vorbereitung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Händehygiene <p>3. Vorbereitung des Pflegeempfängers / des Zimmers</p> <ul style="list-style-type: none"> - Den PE informieren <ol style="list-style-type: none"> a. Den PE informieren, wie er Mittelstrahlurin sammeln kann. b. Den PE zur Toilette begleiten falls nötig <p><u>Ausführung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Den Urin vom PE in dem vorgesehenen Behälter entgegennehmen - Das nötige Material auf dem sauberen, gut belichteten Arbeitsplatz vorbereiten. - Die Analyse direkt durchführen: - Einweghandschuhe anziehen - Den Teststreifen in den Urin kurz hineintauchen - Beim Herausziehen überflüssiger Urin seitlich über dem Behälter abtropfen - Das genaue Zeitschema mit einer Uhr einhalten (zB 30sec Glukose....) - Wenn die Zeit abgelaufen ist, die Testblöcke mit dem Farbschema auf dem Behälter vergleichen. - Die Resultate aufschreiben - Die Handschuhe ausziehen

Nachbereitung

1. PE/ Zimmer

- Den PE installieren helfen falls nötig,
- Das Zimmer räumen
- Den PE fragen, ob er noch etwas braucht.

2. Material

- Material räumen
- Den Urin in der Toilette entsorgen und das gebrauchte Material im Mülleimer entsorgen
- Den Arbeitsplatz desinfizieren

3. Persönliche Nachbereitung

- Händehygiene

4. Dokumentation

- Die Resultate im Dossier aufschreiben und dem Krankenpfleger eventuelle Resultate direkt mitteilen

27. Wechsel eines Urinbeutels

Material	Durchführung der Pflegeaktivität
<ul style="list-style-type: none"> - 2 sterile Kompressen (idealerweise 5x5cm) - Desinfektionsmittel (z.B. Cutasept®) - Händedesinfektionsmittel - 1 neuer Urinbeutel - Unsterile Handschuhe - 1 Schutz (für den Fall, dass Sie Urin verschütten) (z.B. Moltex®) 	<p><u>Vorbereitung</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informationssammlung <ul style="list-style-type: none"> - Name, Alter, Zimmernummer/Bett, Hospitalisationsursache, Ist-Zustand, welche Art von Urinsonde und Urinbeutel, letzter COQA 2. Persönliche Vorbereitung <ul style="list-style-type: none"> - Händehygiene 3. Materialsammlung <ul style="list-style-type: none"> - Siehe linke Kolonne 4. Vorbereitung des Pflegeempfängers/des Zimmers <ul style="list-style-type: none"> - Anwesenheitslampe einschalten - Sich vorstellen - Den Pflegeempfänger über den Ablauf der Pflegeaktivität informieren - Ist-Zustand beobachten - Zustand der Urinsonde beobachten + COQA <p><u>Durchführung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Desinfizieren Sie ihre Hände und ziehen Sie Handschuhe an - Fixieren Sie den neuen Urinbeutel am Bett - Tränken Sie die 2 Kompressen mit dem Desinfektionsmittel und legen Sie diese griffbereit - Lösen Sie den Verschluss leicht (damit er sich später einfacher entfernen lässt) - Nehmen Sie den neuen Urinbeutel in die linke Hand falls Sie Rechtshänder sind (ansonsten umgekehrt) klemmen Sie ihn zwischen den kleinen Finger und den Ringfinger - Überprüfen Sie, ob der Verschluss zum Leeren des Urinbeutels zu ist - Schließen Sie die den Schlauch des (alten) Urinbeutels mit der Klemme ab (vermeidet Rücklauf des Urins) - Nehmen Sie 1 Komresse und legen Sie sie unter die Verbindung « Urinsonde-Schlauch » - Drehen Sie den Schlauch des alten Urinbeutels an der Verbindung zur Urinsonde ab. Gleichzeitig müssen Sie die Urinsonde abdrücken damit kein Urin hinausläuft - Schmeißen Sie nun die benutzte Komresse weg, nehmen Sie die 2. Komresse und desinfizieren Sie die Öffnung der Urinsonde - Nehmen Sie anschließend den neuen Urinbeutel aus ihrer linken Hand und verbinden Sie diesen mit der Urinsonde - Kontrollieren Sie, ob alle Klemmen wieder offen sind, damit der Urin abfließen kann. - Nehmen Sie den alten Urinbeutel, leeren Sie diesen im WC und entsorgen Sie diesen im Müll.

Nachbereitung

1.Nachbereitung des PE/ des Zimmers

- Bett und Nachttisch säubern/desinfizieren
- Zimmer aufräumen, alles an seinen Platz zurückräumen
- Fenster schließen
- Fragen ob der PE nach etwas benötigt

2.Material

- Verschmutzte Bettwäsche in den Wäschesack legen, Ablagefläche zurückklappen
- Abfall fachgerecht entsorgen

3.Persönliche Nachbereitung

- Händehygiene

4.Dokumentation

28. Leeren des Urinbeutels

Material	Durchführung der Pflegeaktivität
<ul style="list-style-type: none"> - 2 sterile Kompressen (idealerweise 5x5cm) - Desinfektionsmittel (z.B. Cutasept®) - Händedesinfektionsmittel - Unsterile Handschuhe - 1 Harnflasche oder ein anderes Gefäß - 1 Schutzunterlage (für den Fall, dass Sie Urin verschütten, z.B. Moltex®) 	<p><u>Vorbereitung</u></p> <p>1. Informationssammlung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Name, Alter, Zimmernummer/Bett, Hospitalisationsursache, Ist-Zustand, welche Art von Urinbeutel, letzter COQA, wird 24-Stundenurin gesammelt? Wird die Harnflasche nach jeder Entleerung im Steckbeckenspüler gereinigt (Krankenhaus) oder bleibt sie im Zimmer und wird manuell gereinigt? (Pflegeheim). <p>2. Persönliche Vorbereitung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Händehygiene <p>3. Material</p> <ul style="list-style-type: none"> - Siehe linke Kolonne <p>4. Vorbereitung des PE / des Zimmers</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anwesenheitslampe einschalten - Sich vorstellen - Den Pflegeempfänger über den Ablauf der Pflegeaktivität informieren - Ist-Zustand des PE beobachten <p><u>Durchführung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Desinfizieren Sie Ihre Hände und ziehen Sie Handschuhe an - Tränken Sie die 2 Kompressen mit dem Desinfektionsmittel und legen Sie diese griffbereit z.B. auf den Nachttisch - Legen Sie die Schutzunterlage auf den Boden, unter den Verschluss zum Leeren des Urinbeutels. - Kontrollieren Sie das System (Beutel korrekt am Bett fixiert ? Keine Knicke im Schlauch ?) - Beobachten Sie den Urin (COQA) - Stellen Sie die Harnflasche unter den Verschluss - Öffnen Sie den Verschluss und leeren Sie den Inhalt des Beutels in die Harnflasche. Vermeiden Sie, dass der Verschluss den Rand der Harnflasche berührt. - Schliessen Sie den Verschluss - Desinfizieren Sie den Verschluss

Nachbereitung

1.Nachbereitung des PE/ des Zimmers

- Nachttisch säubern/desinfizieren
- Fragen ob der PE nach etwas benötigt

2.Material

- Kompressen in den Mülleimer entsorgen
- Richtlinien des Praktikums anwenden, um die Harnflasche zu leeren/reinigen:

Falls die Harnflasche im Zimmer bleibt: Urin in die Toilette schütten, Harnflasche mit Wasser spülen und Deckel und Rand abtrocknen. Handschuhe ausziehen.

Falls die Harnflasche im Steckbeckenspüler gereinigt wird: Harnflasche verschließen. Einen Handschuh ausziehen und entsorgen. Mit behandschuhter Hand die Flasche mitnehmen. In den Spüler leeren, fachgerecht in den Spüler stellen. Spüler nicht nur für eine Flasche starten.

3.Persönliche Nachbereitung

- Händehygiene

4.Dokumentation

29. Enterale Nahrungsverabreichung über Nasensonde oder Gastrostomie

Material	Durchführung
<ul style="list-style-type: none"> - Zellulosepapier, - Mundpflegeset, - Sondennahrung, Spritze von 50- 100-ml - Oder Flasche oder Pack mit Besteck mit Sondennahrung - Material, um Sondenlage zu kontrollieren - Wasser oder Tee zum Spülen - Verschlusskappe für Sonde - évt. Pumpe - Vorbereitung der Nahrungsflüssigkeit nach Herstellerangaben (z.B. Flasche gut schütteln, Puder auflösen und im "Bain marie" bei 30 °C erwärmen; nicht über 46 °C erwärmen, da es zu Zerstörung der Eiweisse kommt !) <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  </div>	<p><u>Vorbereitung</u></p> <p>1. Informationssammlung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arztverordnung (Art und Menge der Sondennahrung,...) - Verabreichungsart (kontinuierliche, halbkontinuierliche oder Bolusgabe? mit Pumpe?) - Gebrauchsanweisungen des Herstellers (sachgerechte Handhabung der Sondennahrung und Pumpe) - Welche Sonde (Nasensonde, PEG-Sonde, Gastrostomie, ...) - Abhängigkeit des PE - Simultane Medikamentenverabreichung ? <p>2. Pfleger</p> <ul style="list-style-type: none"> - Händehygiene <p>3. Materialsammlung</p> <p>4. Vorbereitung PE/Zimmer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Information und bequeme Installation des PE - Am besten in sitzender Lage (bei bewusstlosen PE die halbsitzende Lage). - Mundpflege (min 3x/Tag). - Bewusstlose mit Tuch oder Serviette schützen. <p><u>Durchführung (verschiedene Methoden)</u></p> <p>Die Krankenschwester kontrolliert</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Lage der Sonde, indem sie Luft einführt und mit dem Stethoskop auskultiert. - Den Mageninhalt, indem sie den Restinhalt aspiriert. Wenn mehr als 100 ml aspiriert werden, ist dies ein Zeichen für ein Problem und der Arzt wird informiert. <p>Die AS verabreicht Sondennahrung (indem sie aufpasst keine Luft mit zuzuführen, um Aufstoßen und Reflux zu vermeiden!)</p> <p><u>Bolusgabe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Nahrung wird mittels einer Spritze über die Sonde langsam eingeführt. - PE konstant beobachten. <p><u>Verabreichung per Schwerkraft mit Ueberleitungssystem</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ueberleitungssystem an Nahrungspack anschließen und Laufzeit so regeln, dass die Menge in Portionen in 15 - 20 Minuten (max 100 ml) verabreicht wird. - Mehrmals die Geschwindigkeit kontrollieren.



Verabreichung über Ernährungspumpe

- Spezifisches Pumpenüberleitungssystem an Nahrungspack oder -flasche anschließen, Luft entfernen, und System in die Pumpe einsetzen.
- Dann Besteck an die Sonde anschließen, Laufzeit nach AA eingeben und Pumpe einschalten.
- Mit 10-50 ml abgekochtem Wasser oder (nicht gezuckertem) Tee spülen, um Sondenverstopfung zu vermeiden.
- Keine Süßen Getränke zum Spülen nehmen(Verklebung!). Auch keine Fruchtsäfte oder Fruchttees(Risiko von Unverträglichkeiten mit der Sondennahrung).

Nachbereitung

1. PE/Zimmer

- Aspirationsprophylaxe: PE min 30 Minuten in Sitzlage (oder halbsitzend) lassen!
- Auf Reaktionen achten:
 - o Aspiration bei zu schneller Verabreichung und/oder Flachlagerung: Atemgeräusche (rasselnd), Hustenreiz, Sondenkostreste im Sputum, Atemnot, zyanotisches Aussehen
 - o Unverträglichkeit (Erbrechen, Reflux) < zu schnelle Verabreichung
 - o Diarrhöe, abdominelle Krämpfe < zu schnelle Verabreichung und/oder zu kalte Nahrung
 - o Kontamination (infektiöse Diarrhöe) < Spritze, Überleitungssystem oder Flüssigkeit
 - o Hyperglykämie (insbesondere bei Sondenkost mit niedermolekularen Kohlenhydraten)
- Sondenfixierung kontrollieren

Das Besteck muss alle 24 Std gewechselt werden, um einer Infektion vorzubeugen!

2. Material

- Aufräumen.


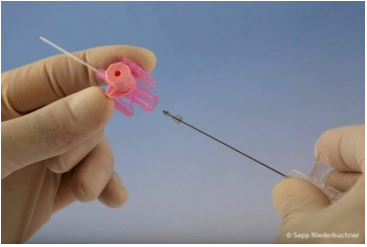
3. Pfleger

- Händehygiene.

4. Dokumentation/mündliche Weitergabe

- Verabreichung der Sondennahrung (Art, Menge,...)
- Reaktionen des PE
- Haut- und Schleimhautbeobachtung.

30. Entfernung einer peripheren Venenverweilkanüle

Illustration	Ausführung der Pflegeaktivität
 	<p><u>Vorbereitung</u></p> <ol style="list-style-type: none">1. Informationssammlung<ul style="list-style-type: none">- Allgemeine Informationen über den Pflegeempfänger2. Vorbereitung des Pflegers<ul style="list-style-type: none">- Händehygiene3. Materialsammlung<ul style="list-style-type: none">- Unsterile Einmalhandschuhe- Sterile Kompressen- Desinfektionsmittel- Fixationsmaterial- Yellow-Box- Nierenschale oder kleiner Abfallsack- Bettschutz4. Vorbereitung des PE / des Zimmers<ul style="list-style-type: none">- Information des PE- Das Material auf dem desinfizierten Nachttisch oder Tisch vorbereiten. <p><u>Durchführung</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Installation des PE- Schutz unter den Arm legen- Fixierung vorsichtig lösen- In der Nierenschale entsorgen- Den Hautzustand an der Einstichstelle beobachten- Einstichstelle desinfizieren- Sterile Kompressen auf die Einstichstelle drücken, Venenkanüle herausziehen.- Die Kanüle in der Yellow-Box entsorgen.- Für einige Minuten einen Druckverband anlegen.- Wenn die Einstichstelle nicht mehr blutet, den Druckverband durch einen Schnellverband ersetzen. <p><u>Nachsorge</u></p> <ol style="list-style-type: none">1. PE/ Zimmer<ul style="list-style-type: none">- PE bequem installieren. Das Material räumen- PE fragen, ob er noch etwas wünscht2. Material<ul style="list-style-type: none">- Entsorgung/ Desinfektion des Materials3. Pfleger<ul style="list-style-type: none">- Händehygiene4. Dokumentation<ul style="list-style-type: none">- Mündliche und schriftliche Übergabe

31. Subkutane Injektion (S/C oder S.C.) von Antikoagulantien in niedriger Dosierung

Material	Durchführung
<ul style="list-style-type: none"> - Medikament : vorgefertigte Spritze - Alkoholische Desinfektionslösung - 2 sterile Kompressen 5X5 cm (1 in Desinfektionslösung getränkte Komresse + 1 trockene Komresse) - Händedesinfektionsmittel - Desinfiziertes Spritzentablett - Handschuhe (in verschiedenen Institutionen sind sie obligatorisch!) 	<p>Vorbereitung</p> <p>1. Informationssammlung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Allgemeine Informationen: Name, Alter, Zimmernummer, Datum und Grund der Aufnahme, Diagnose und Therapie - Spezifische Informationen : <ul style="list-style-type: none"> o Arztverordnung in Krankenakte: Dosis (Einzeldosis oder tägliche Verabreichung), Verabreichungsart (subcutan) o Information über das Medikament: Gruppe, Indikation, Nebenwirkung <p>2. Pfleger</p> <ul style="list-style-type: none"> - Händehygiene <p>3. Material</p> <p>4. Vorbereitung des PE/Zimmers</p> <ul style="list-style-type: none"> - PE informieren - Tablett auf Nachttisch stellen - Bett auf Arbeitshöhe <p>Durchführung</p> <p>1. Kontrollen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontrolle der schriftlichen Anordnung - Kontrolle der vorgefertigten Spritze: <ul style="list-style-type: none"> o Medikament o Dosis o Applikationsort o Zeitpunkt o Patient o Unversehrtheit der Verpackung - Verfallsdatum Spritze beschriften (falls noch nicht vorbereitet) - Kontrolle der Identität des Patienten <p>2. Durchführung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lagerung des Patienten - Wahl der Einstichstelle - Händedesinfektion - Desinfektion der Punktionsstelle - Trockene Komresse danebenlegen - Spritze aus der Verpackung nehmen - Entfernen des Kanülenschutzes - Spritze nach unten zwischen Daumen und Zeigefinger halten - Kontrollieren ob Luftblase sich oben am Kolben befindet (Luftblase nicht entfernen!) -> hierzu die Nadel nach unten halten und <u>nur dann leicht</u> am Kolben klopfen, wenn die Luftblase nicht von selbst nach oben wandert. (anderfalls ist kein Klopfen nötig!)

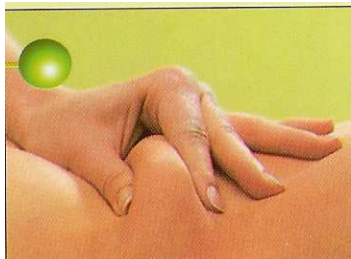


Image a



Image b

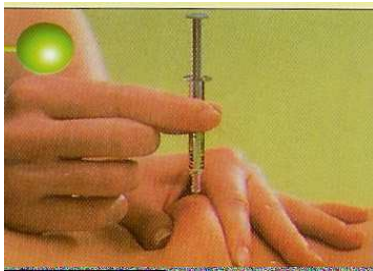
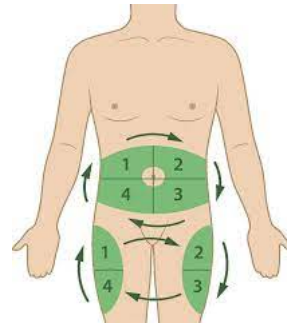


Image c

- Wenn sich ein Tropfen vorne an der Nadel befindet, diesen NICHT abwischen, sondern leicht an dem Kolben klopfen, damit der Tropfen sich löst
- Hautfalte bilden (Hautfalte zwischen Daumen und Zeigefinger nehmen, Bild a)
- Spritze zwischen Daumen und Mittelfinger halten und Nadel ganz einstechen:
 - o Im 90° Winkel einstechen (wenn Nadel eine Länge von ≤ 16 mm hat)
 - o Im 45° Winkel (wenn Nadel eine Länge von > 16 mm hat und bei kachektischen PE)
- Zeigefinger auf Kolben halten und Medikament langsam injizieren
- Kolben bis zum Ende eindrücken und Hautfalte während der Injektion und einige Sekunden danach anhalten (Bild b)
- Kanüle entfernen und gleichzeitig Hautfalte loslassen (Bild c)
- Leichte Kompression mit der trockenen Kompresse (ohne massieren)

Mögliche Einstichstellen zur Injektion:



Nachbereitung

1. PE/Zimmer

- Reinstallation PE
- Bett niedrig stellen

2. Material

- Material räumen, Spritze in die Sécu-Box© (OHNE Spritze wieder zu verschliessen!)
- Sprizentablett desinfizieren




3. Pfleger

- Händehygiene

4. Dokumentation/mündliche Weitergabe

- Verabreichung des Medikamentes eintragen in die Krankenakte

32. Stomapflege mit Wechsel des Versorgungssystems

Illustration	Ausführung der Pflegeaktivität
  	<p>Vorbereitung</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informationssammlung <ul style="list-style-type: none"> - Allgemeine Informationen zum PE - Lokalisation des Stomas, Art des Stoma-materials - Gewohnheiten des PE in der Versorgung des Stomas 2. Vorbereitung des Pflegers <ul style="list-style-type: none"> - Händehygiene 3. Materialsammlung <ul style="list-style-type: none"> - Einmalhandschuhe - Unsterile Mullkompressen 10cm x 10cm - pH neutrale Seife oder Waschlotion - Lauwarmes Wasser - Saubere Schere - Schablone zum Messen des Stomas - Neue Versorgung mit exakt ausgeschnittener Öffnung - Entsorgungsbeutel - Abdecktuch + Bettschutz 4. Vorbereitung des PE/ Zimmers <ul style="list-style-type: none"> - Sich vorstellen - Dem Bewohner erklären, was Sie tun und wie Sie vorgehen - Das Fenster schließen - Das Material auf den desinfizierten Nachttisch oder Tisch stellen <p>Ausführung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Der immobile PE wird in Rückenposition installiert. Der mobile PE kann sich setzen. - Handschuhe anziehen - Der alte Stomabeutel wird entfernt und im Abfallbeutel entsorgt - Die Hautschutzplatte (sofern notwendig) wird vorsichtig von oben nach unten abgezogen - Die Haut um das Stoma wird von außen nach innen mit den unsterilen Kompressen, Wasser und pH-neutraler Seife gesäubert - Seife sorgfältig entfernen - Hautrillen in der Umgebung des Stomas können mit Wattestäbchen gesäubert werden - Die Haut wird mit Kompressen oder einem sehr weichen Handtuch abgetupft - Die Haut wird auf eventuelle Veränderungen kontrolliert - Der neue Beutel wird angebracht. Dabei von unten nach oben vorgehen - Er wird festgedrückt und korrekt an modelliert - Der Beutel wird so positioniert, <ul style="list-style-type: none"> o beim immobilen PE: dass er seitlich am Körper anliegt o beim mobilen PE: dass er sich seitlich unten befindet

Nachbereitung

1. Pflegeempfänger

- Den PE korrekt installieren, er wird nach seinem Befinden befragt

2. Material

- Das Zimmer wird gelüftet
- Die Arbeitsmaterialien werden entsorgt, bzw. gereinigt und desinfiziert


3. Pfleger

- Händehygiene


4. Dokumentation / Schriftlich -- mündlich

- Jede Anomalie der Haut und/ oder der Schleimhaut
- Quantität und Aussehen des Stuhlgangs

33. Die rektale Verabreichung von Medikamenten (Zäpfchen)

Illustration	Durchführung der Pflegemaßnahme
	<p><u>Vorbereitung</u></p> <ol style="list-style-type: none">1. Informationssammlung<ul style="list-style-type: none">- Identität des PE- Ärztliche Verordnung2. Vorbereitung der Pflegeperson<ul style="list-style-type: none">- Händehygiene3. Material<ul style="list-style-type: none">- Das Medikament, sein Aussehen kontrollieren- Unsterile Einmalhandschuhe oder Fingerling- Vaseline- WC - Papier- Evt. Bettschutz (Moltex)4. Vorbereitung des PE / des Zimmers<ul style="list-style-type: none">- Identität kontrollieren- Sich vorstellen- Den PE über die Pflegemaßnahme informieren <p><u>Durchführung</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Letzte Kontrolle: 5 R Regel- Zäpfchen nach der Defäkation verabreichen- Wenn möglich den PE sich selbst das Zäpfchen verabreichen lassen- Dem PE helfen sich auf die Seite zu legen, das Knie leicht angezogen- Handschuhe oder Fingerling anziehen- Vaseline auf den Zäpfchen auftragen- Das Zäpfchen mit der runden Seite nach vorne, sachte und so tief wie möglich in den Anus einführen <p><u>Nachsorge</u></p> <ol style="list-style-type: none">1. PE<ul style="list-style-type: none">- Installation, Komfort garantieren- Wirkung und Nebenwirkungen des verabreichten Medikamentes kontrollieren2. Material<ul style="list-style-type: none">- Gebrauchtes Material aufräumen, resp. eliminieren3. Pflegeperson<ul style="list-style-type: none">- Händehygiene4. Mündliche und schriftliche Übergabe<ul style="list-style-type: none">- In der Pflegeakte vermerken, dass das Medikament verabreicht wurde

34. Das Verabreichen eines FLEET oder MICROLAX

Illustration	Ausführung der Pflegeaktivität
 <p>The illustration shows two types of enema products. The top part features a white plastic enema bottle with an orange nozzle and its packaging, which is green and white with the 'Fleet' logo. The packaging text includes 'SALINE enema EXTRA 70% extra volume' and 'ready-to-use soft, flexible Comfortip® latex-free Easy Squeeze® bottle'. The bottom part shows a box of 'microlax' and a white plastic enema syringe. The box is white with blue and red accents. The 'medpets' logo is visible at the bottom right of the illustration area.</p>	<p><u>Vorbereitung</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informationssammlung <ul style="list-style-type: none"> - Allgemeine Informationen über den PE - Aktueller Zustand des PE 2. Vorbereitung des Pflegers <ul style="list-style-type: none"> - Händehygiene 3. Material <ul style="list-style-type: none"> - Fleet oder Microlax - Einmalhandschuhe - Bettschutz (Moltex) - Steckbecken oder Nachtstuhl - WC Papier / Material zur Intimtoilette 4. Vorbereitung des PE / des Zimmers <ul style="list-style-type: none"> - Sich vorstellen / Den PE über die Pflegemaßnahme informieren - Die Fenster schließen - Das Material auf desinfiziertem Nachttisch oder anderem Tisch vorbereiten <p><u>Ausführung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - PE bequem auf die linke Seite lagern, Beine angewinkelt - Moltex unter Gesäß legen, Intimgegend mit Handtuch bedecken - Einmalhandschuhe anziehen - Verschlusskappe von Fleet / Microlax entfernen - Den PE bitten, sich zu entspannen, indem er langsam durch den Mund ausatmet - Fleet oder Microlax so weit wie möglich in den Anus einführen - !!! Wird ein Widerstand bei der Einführung gespürt, nicht weiterfahren, sondern Fleet zurückziehen und die Pflegerin informieren. - !!! Behutsame Einführung im Fall von Hämorrhoiden - Dem PE erklären, dass die Flüssigkeit in den Rektum einlaufen wird und dass er das Produkt zurückhalten soll. - Den Fleetbehälter von unten nach oben auspressen, indem man ihn aufrollt - Die Reaktion des PE überwachen - Wenn die ganze Flüssigkeit herausgepresst wurde, Fleet herausziehen, indem man es aufgerollt lässt, ansonsten die Flüssigkeit zurücklaufen kann - Handschuhe ausziehen und über den leeren Fleetbehälter stülpen - Dem PE sagen, dass er die Flüssigkeit so lange wie möglich zurückhalten soll (10 bis 15 Minuten) - Moltex im Bett liegen lassen - Kann der PE das WC oder den Nachtstuhl nicht benutzen, das Steckbecken im Bett installieren - Die Klingel in Reichweite legen

Nachsorge

1. PE

- Bequem installieren, für sein Wohlbefinden sorgen
- Eventuell Intimtoilette durchführen

2. Material

- Handschuh mit leerem Fleetbehälter in Abfallsack entsorgen
- Steckbecken/ Eimer des Nachtstuhls entleeren und desinfizieren
- Zimmer lüften

3. Pfleger

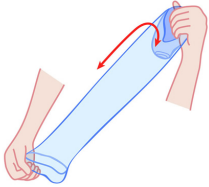
- Händehygiene

4. Mündliche und schriftliche Übergabe

- Wirksamkeit des Fleets / Microlax notieren, ebenso die Charakteristika des Stuhlgangs

35. Anziehen von Antithrombosestrümpfen

Material	Durchführung der Pflegeaktivität																													
<p>- Antithrombosestrümpfe</p>  <p>- (spezielles) Maßband</p>  <table border="1" data-bbox="225 992 501 1240"> <thead> <tr> <th colspan="3">Größentabelle</th> </tr> <tr> <th rowspan="2">Größe</th> <th colspan="2">Umfang</th> </tr> <tr> <th>Knöchel</th> <th>Wade</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>17-23 cm</td> <td>28-38 cm</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>18-24 cm</td> <td>29-40 cm</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>19-25 cm</td> <td>30-42 cm</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>20-26 cm</td> <td>31-45 cm</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>21-27 cm</td> <td>33-48 cm</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>22-28 cm</td> <td>34-51 cm</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>23-29 cm</td> <td>35-52 cm</td> </tr> </tbody> </table> <p>- ggf. Anziehhilfe, z.B.:</p>  	Größentabelle			Größe	Umfang		Knöchel	Wade	1	17-23 cm	28-38 cm	2	18-24 cm	29-40 cm	3	19-25 cm	30-42 cm	4	20-26 cm	31-45 cm	5	21-27 cm	33-48 cm	6	22-28 cm	34-51 cm	7	23-29 cm	35-52 cm	<p><u>Vorbereitung</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informationssammlung <ul style="list-style-type: none"> - Name, Alter, Zimmernummer/ Bett, Aufenthaltsursache, Indikation für die Antithrombosestrümpfe 2. Persönliche Vorbereitung <ul style="list-style-type: none"> - Händehygiene 3. Materialsammlung <ul style="list-style-type: none"> - (siehe linke Kolonne) 4. Vorbereitung des Pflegeempfängers/des Zimmers <ul style="list-style-type: none"> - Anwesenheitsleuchte anmachen - Den Pflegeempfänger über den Ablauf der Pflegeaktivität informieren - Da die Antithrombosestrümpfe die Haut austrocknen können, sollte auf eine gute Hautpflege geachtet werden: Beine waschen, gut trocknen, mit W/O-Creme einreiben. Strümpfe erst anziehen, wenn Creme vollständig eingezogen ist. - Die Kompression erfolgt immer am entstauten Bein, bestenfalls morgens vor dem Aufstehen. Falls der PE schon aufgestanden ist, ihn für 15 bis 20 Minuten mit ausgestreckten Beinen lagern, erst danach die Antithrombosestrümpfe anziehen. - Den Pflegeempfänger so lagern, dass die Strümpfe gut angelegt werden können. - Platz verschaffen. <p><u>Ausführung</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Richtige Größe ermitteln (variiert je nach Hersteller) <ul style="list-style-type: none"> - Umfang der breitesten Stelle der Wade messen - Umfang der breitesten Stelle des Oberschenkels messen - In der Tabelle - die den Strümpfen beigelegt ist - nachschauen, welche Größe zutrifft. Falls keine Größe passt, muss ein Kompressionsverband angelegt werden. 2. Antithrombosestrumpf anziehen <ul style="list-style-type: none"> - Streifen Sie als Erstes den Strumpf über den linken Unterarm. Greifen Sie dabei so weit hinein, dass Ihre Finger von innen die Ferse umfassen. - Fassen Sie dann mit der rechten Hand an das Strumpfende, und ziehen Sie den Strumpf „auf links“ – aber nur bis zur Ferse; mit der linken Hand umfassen Sie wie zuvor das Fußende.
Größentabelle																														
Größe	Umfang																													
	Knöchel	Wade																												
1	17-23 cm	28-38 cm																												
2	18-24 cm	29-40 cm																												
3	19-25 cm	30-42 cm																												
4	20-26 cm	31-45 cm																												
5	21-27 cm	33-48 cm																												
6	22-28 cm	34-51 cm																												
7	23-29 cm	35-52 cm																												



- Ziehen Sie nun mit beiden Händen das eingeschlagene Fußteil auseinander, damit es sich weitet. Streifen Sie es dann nach und nach über den Spann und die Ferse.
- Schlagen Sie jetzt den Kompressionsstrumpf stückweise wieder „auf rechts“ um. Greifen Sie dafür an das Strumpfende, und ziehen Sie es ebenfalls über Ferse und Fußrücken.
- Ziehen Sie nun den Strumpf ganz nach oben. Streichen Sie mit den Händen wie bei einer Massage das Material glatt, damit es faltenfrei anliegt.

3. Nach dem Anziehen der AT-Strümpfe richtigen Sitz kontrollieren:

- -richtige Länge, keine Falten, keine Einschnürungen, gute Durchblutung der Zehen?
- -Den Pflegeempfänger darüber informieren, dass die Strümpfe Tag und Nacht getragen werden müssen.

Nachbereitung

1. Nachbereitung des Pflegeempfängers/des Zimmers

- Zimmer aufräumen, alles an seinen Platz zurückräumen
- Fragen, ob der Pflegeempfänger noch etwas benötigt
- Nachttisch zurechtrücken, damit der Pflegeempfänger alles zur Hand hat
- Klingel griffbereit legen
- Betthöhe einstellen
- regelmäßig prüfen, ob die Strümpfe gut sitzen

2. Persönliche Nachbereitung



- Händehygiene

3. Dokumentation

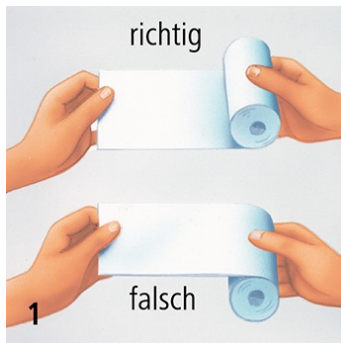
Die Pflegemaßnahme in die Patientenakte eintragen:

- Datum, ab wann die Strümpfe getragen werden
- Festlegen, wie Kontrolle für sicheren, faltenfreien Sitz stattfindet
- Strumpfgöße notieren
- Datum für Wechsel der Strümpfe festlegen (alle 2-3 Tage)

36. Anlegen eines Kompressionsverbandes

Material	Durchführung der Pflegeaktivität
<p data-bbox="204 584 454 613">- 2 Kurzzugbinden</p>  <p data-bbox="204 1131 703 1189">- 2 Verbandsklammern (oder Heftpflaster zur Fixierung)</p>  	<p data-bbox="722 495 938 533"><u>Vorbereitung</u></p> <p data-bbox="722 622 1042 651">1.Informationssammlung</p> <ul data-bbox="794 685 1449 864" style="list-style-type: none"> - Name, Alter, Zimmernummer/ Bett, Aufenthaltsursache, Indikation für den Kompressionsverband, Art der Wickeltechnik - Darauf achten, dass keine Kontraindikation vorliegt, wie z.B. arterielle Durchblutungsstörungen oder Herzinsuffizienz. <p data-bbox="722 931 1070 960">2.Persönliche Vorbereitung</p> <ul data-bbox="794 965 1015 994" style="list-style-type: none"> - Händehygiene <p data-bbox="722 1055 979 1084">3.Materialsammlung</p> <ul data-bbox="794 1088 1449 1294" style="list-style-type: none"> - Kurzzugbinden: - die Bindenbreite sollte nicht größer sein als der Durchmesser des zu umwickelnden Körperteils (für Unterschenkelverband zwei 8 oder 10 cm breite Kurzzugbinden) - Verbandsklammern (Schwiegermutter) oder Heftpflaster zur Fixierung <p data-bbox="722 1330 1378 1359">4.Vorbereitung des Pflegeempfängers/des Zimmers</p> <ul data-bbox="794 1391 1449 1722" style="list-style-type: none"> - Anwesenheitsleuchte anmachen - Den Pflegeempfänger über den Ablauf der Pflegeaktivität informieren - Die Kompression erfolgt immer am entstauten Bein, bestenfalls morgens vor dem Aufstehen. Falls der PE schon aufgestanden ist, ihn für 20 bis 30 Minuten mit ausgestreckten Beinen lagern, danach die Beine wickeln. - Den Pflegeempfänger so lagern, dass der Verband gut angelegt werden kann - Platz verschaffen, auf korrekte Arbeitshöhe achten

Ausführung (Verbandstechnik mit „Lohmann-Binden“)



Grundregeln:

- Die Binde so führen, dass in den Bindenwinkel geschaut werden kann.
- Fuß muss im 90° Winkel stehen
- Bindenrolle immer unmittelbar auf der Haut führen, nicht vom Körper wegziehen
- Die Haut mit den Bindentouren gänzlich bedecken
- Die Bindenlagen sollen von distal (herzfern) nach proximal (herznah) abnehmen
- Die Bindenführung ist immer auf- oder absteigend (bei horizontaler Bindenführung besteht die Gefahr des Verrutschens)
- Die Binde wird so gehalten, dass der aufgerollte Teil oben liegt und nach außen zeigt.
- Die erste Wickelung wird an den Zehengrundgelenken begonnen und dann von innen nach außen geführt.
- Die Zehen werden frei gelassen, um hier später die Durchblutung zu kontrollieren
- Bindenanfang im Kreisgang führen
- Schräg aufsteigend den Mittelfuß umwickeln und zur Ferse wickeln
- Die Ferse vollständig und faltenfrei mit Bindentouren umschließen
- Mit gleichmäßigem Zug den Knöchel umwickeln
- Falten werden manuell geglättet, bevor die nächste Lage darübergelegt wird.
- Der Mittelfuß wird mit zwei bis drei Touren umwickelt.
- Steil zur Kniekehle wickeln
- Wadenmuskulatur umwickeln, so dass der Unterschenkel überall bedeckt ist
- Die Binden nun in Richtung Knie führen
- Wadenmuskulatur umwickeln, so dass der Unterschenkel überall bedeckt ist
- Bindenende mit Pflasterstreifen/ Schwiegermutter fixieren

(Hinweis: Es gibt auch alternative Wickeltechniken, bei denen sehr steil nach oben gewickelt wird und dabei Lücken zwischen den Lagen entstehen. Unter dem Knie angekommen, wird die Wickelrichtung umgedreht und danach zurück Richtung Fuß weitergewickelt. Die auf dem "Hinweg" entstandenen Lücken werden dabei geschlossen.)



Nachbereitung

1.Nachbereitung des Pflegeempfängers/des Zimmers

- Zimmer aufräumen, alles an seinen Platz zurückräumen
- Fragen, ob der Pflegeempfänger noch etwas benötigt
- Nachttisch zurechtrücken, damit der Pflegeempfänger alles zur Hand hat
- Klingel griffbereit legen
- Betthöhe einstellen
- Eine halbe Stunde nach Anlegen des Verbandes, danach alle 2 Stunden prüfen, ob der Verband nicht zu fest gewickelt wurde: Bei Schmerzen, Sensibilitätsstörungen oder anderen Störungen oder bei kalten bläulich verfärbten Zehen, muss der Verband komplett entfernt und neu angelegt werden.
- Rutscht der Verband im Laufe des Tages, sollte nochmals mit stärkerem Druck verbunden werden. Ein korrekt angelegter Verband muss nur einmal täglich erneuert werden

2.Persönliche Nachbereitung

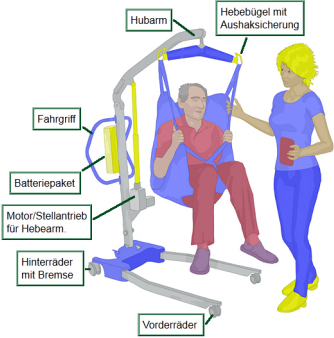
- Händehygiene

3.Dokumentation

Die Pflegemaßnahme in die Patientenakte eintragen:

- Datum, ab wann der Kompressionsverband angelegt wurde
- Festlegen, wie Kontrolle für Haltbarkeit stattfindet
- Bindenbreite notieren
- gf. vorkommende Schwierigkeiten notieren

37. Der Umgang mit Patientenlifter

Material	Durchführung der Pflegeaktivität
 <p>Das Diagramm zeigt einen Patientenlifter in der Verwendung. Ein Pflegekraft (gelbe Kleidung) hebt einen Patienten (rote Kleidung) in den Lifter. Die Beschriftungen sind: Hubarm, Hebebügel mit Aushakssicherung, Fahrgriff, Batteriepaket, Motor/Stellantrieb für Hebearm, Hinterräder mit Bremse, Vorderräder.</p>	<p>Vorbereitung</p> <p>1. Informationssammlung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Name, Alter, Zimmernummer/Bett, Hospitalisationsursache, Ist-Zustand der Mobilität, Hilfeleistung/Unterstützung bei der Bewegung <p>2. Persönliche Vorbereitung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Händehygiene <p>3. Materialsammlung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Siehe linke Kolonne <p>4. Vorbereitung des Pflegeempfängers/des Zimmers/</p> <p>Den Pflegeempfänger über den Ablauf der Pflegeaktivität, die Möglichkeit seiner Mitarbeit, Vorsichtsmaßnahmen informieren</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anwesenheitslampe anmachen - Platz verschaffen - Auch beim Einsatz eines Patientenlifters sind die Grundsätze der aktivierenden Pflege zu beachten. Der Bewohner soll sich im Rahmen seiner Fähigkeiten am Transfer beteiligen. - Die Pflegekraft ist verantwortlich für den sicheren Transfer des Bewohners. - Bewohner werden während des Hebevorgangs niemals aus den Augen gelassen. - Der Lifter darf nur mit solchem Zubehör verwendet werden, das vom Hersteller dafür freigegeben wurde. <p>○ Vorbereitung des Patientenlifters</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vor jeder Nutzung werden folgende Sicherheitsmaßnahmen getroffen: - Die Pflegekraft prüft, ob der Lifter entsprechend der Montageanleitung korrekt montiert wurde. - Die Pflegekraft stellt sicher, dass der Akku ausreichend geladen ist. - Der Lifter und das Zubehör dürfen keine Beschädigungen aufweisen. Die häufigsten Mängel sind: Verschleiß an Nähten, dem Stoff, Hebeschlaufen und den Bändern. - Die Breite des Fahrgestells muss sich präzise verstellen lassen. - Die Notabsenkung muss problemlos funktionieren. - Alle Mängel werden schriftlich dokumentiert und gemeldet.

Organisation

- Die Pflegekraft wählt einen Hebegurt, dessen Größe, Material und Ausführung zum Körperbau des Bewohners passt. Zur Auswahl stehen folgende Größen: Die ff. Farben sind in der Regel so, jedoch gibt es verschiedene Modelle, also sich immer per Gebrauchsanleitung informieren!
 - Gurtbandfarbkennung "braun", Größenklasse XS. Für leichte Bewohner mit weniger als 60kg
 - Gurtbandfarbkennung "rot", Größenklasse S. Für leichte Bewohner bis 65kg
 - Gurtbandfarbkennung "gelb", Größenklasse M. Für normalgewichtige Bewohner bis ca. 100 kg
 - Gurtbandfarbkennung "grün", Größenklasse L. Für schwergewichtige Bewohner bis ca. 160 kg
 - Gurtbandfarbkennung "blau", Größenklasse XL. Für sehr schwergewichtige Bewohner bis max. 250 kg
- Kontrolle aller Bremsen (Rollstuhl, Bett, Patientenheber)
- Aus hygienischen Gründen werden die Gurte i.d.R. nur bewohnerspezifisch verwendet.
- Der Bewohner wird über den Transport informiert. Wir rechnen damit, dass der Bewohner vor dem Transport Angst hat. Dieses insbesondere bei dementiellen Erkrankungen.
- Wenn der Bewohner in ein anderes Zimmer transferiert werden soll, aufpassen dass der Weg frei ist: Kabel, Teppiche usw. entfernen

Ausführung

- Die Pflegekraft platziert den Hebegurt hinter dem Rücken des Bewohners.
- Die Pflegekraft bewegt nun mit der Handfläche den Hebegurt nach unten, bis das Steißbein des Bewohners und die Unterkante des Hebegurtes auf einer Höhe sind.
- Mit der Handfläche führt die Pflegekraft die Beinstützen nach unten
- Unter jedem Oberschenkel sollte nun eine Beinstütze platziert sein.
- Die Hebeschlaufen werden überkreuzt eingehakt. Dazu wird eine Beinstützenhebeschlaufe durch die andere geführt.
- Dann kontrolliert die Pflegekraft, ob alle Hebeschlaufen gleich lang sind, sich also gleich weit hochziehen lassen.
- Nun werden die oberen Hebeschlaufen und danach die Beinstützenhebeschlaufen am Hehebügel fixiert.
- Der Bewohner wird per Lifter ein Stück angehoben.
- Ggf. muss der Kopf von einer zweiten Pflegekraft gestützt werden.
- Die Pflegekraft kontrolliert nun, ob alle Gurte an der richtigen Position sind.
- Danach wird der Bewohner weiter nach oben gefahren, bis er die notwendige Höhe erreicht hat.
- Der Bewohner wird nun in Richtung Stuhl gerollt.
- Der Bewohner wird mit dem Lifter niemals höher angehoben, als es für den Transfer notwendig ist.
- Der Bewohner wird so gedreht, dass er in Fahrtrichtung blickt.
- Sobald der Bewohner über dem Stuhl angekommen ist, wird er dort vorsichtig herabgelassen.

- Wenn der Bewohner im Stuhl sitzt, werden die Gurte entfernt. Der Bewohner soll sein Gewicht auf eine Seite verlagern und den gegenüberliegenden Oberschenkel anheben.
- Der Bewohner soll sich jetzt etwas nach vorne beugen. Die Pflegekraft kann dann den Gurt hinter dem Rücken des Bewohners vollständig entfernen.

Nachbereitung

1.Nachbereitung des Akkusatzes

- Die Akkus müssen regelmäßig geladen werden, meist über Nacht.
- Für das Laden ausschließlich die separaten Ladegeräte benutzen
- Die Akkus dürfen nur in trockener Umgebung geladen werden.
- Selbst nach intensiver Nutzung ist ein Akku nach maximal 12 Stunden wieder vollständig aufgeladen.

2.Nachbereitung des Pflegeempfängers/des Zimmers

- Zimmer aufräumen, alles an seinen Platz zurückräumen
- Evtl. lüften
- Fragen ob der Pflegeempfänger noch etwas benötigt
- Nachttisch zurechtrücken damit der Pflegeempfänger alles zur Hand hat
- Klingel griffbereit legen

3.Nachbereitung des Materials

- Wenn der Lifter auch für andere Bewohner genutzt wird, werden alle Teile, mit denen der Bewohner Kontakt hatte, desinfiziert.
- Zur Desinfektion nur hierzu geeignete Produkte verwenden.

4.Persönliche Nachbereitung

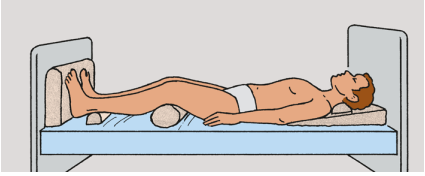
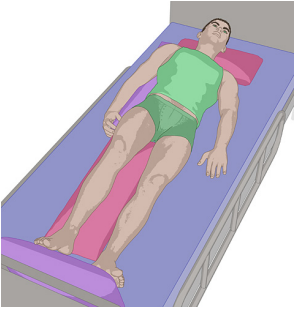
- Händehygiene

5.Dokumentation

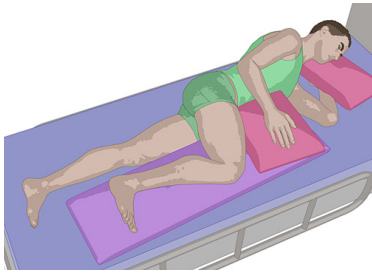
- Alle relevanten Beobachtungen dokumentieren oder mitteilen
- Massnahme dokumentieren

Ggf. wird die Pflegeplanung angepasst.

38. Verschiedene Lagerungsarten

Material	Durchführung der Pflegeaktivität
<p>- für die jeweilige Lagerung notwendiges Material wie kleine oder grosse, flache Kissen, Kissenrollen, Stützkissen usw.</p> <p>- Händedesinfektionsmittel</p> <p>Die flache Rückenlagerung</p>  <p>30-Grad-Schräglagerung</p> 	<p><u>Vorbereitung</u></p> <p>1.Informationssammlung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Name, Alter, Zimmernummer/Bett, aktuelle Probleme, Ist-Zustand der Mobilität, Hilfeleistung/Unterstützung bei der Bewegung <p>2.Persönliche Vorbereitung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Händehygiene <p>3.Materialsammlung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Siehe linke Kolonne, jeweils der Lagerung anpassen <p>4.Vorbereitung des Pflegeempfängers/des Zimmers</p> <ul style="list-style-type: none"> - PE über den Sinn der Lagerung informieren - den PE um Kooperation bitten - Sich Platz verschaffen <p><u>Ausführung</u></p> <p><u>Zweck der flachen Rückenlage:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Entspannung und Entlastung von Wirbelsäule und Becken. - Nacken und Kopf werden durch ein kleines Kissen gestützt - Ein zweites Kissen unter die Waden - Bett flachstellen - Spitzfußprophylaxe: Füße so mit einem Kissen abstützen, dass die Zehen nach oben zeigen. <p><u>Zweck der 30° Schräglagerung:</u> druckgefährdete Regionen sind entlastet.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bett flachstellen oder leicht erhöht - PE in Seitenlage bringen - Ein grosses Kissen auf die Hälfte (Schiffchen)gefaltet unter den Oberkörper - Ein grosses Kissen auf die Hälfte (Schiffchen)gefaltet unter entsprechende Hüfte und Oberschenkel - PE sanft auf die Kissen zurückdrehen, sodass er leicht schräg im Bett liegt - Das andere Bein so abstützen, dass Knie, Unterschenkel und Knöchel druckentlastet sind - Bettgitter anbringen

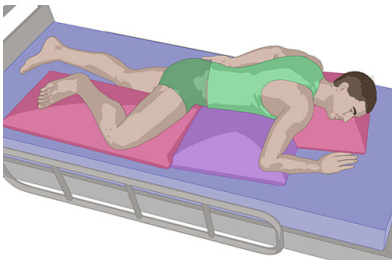
90-Grad- Schräglagerung



Zweck der 90° Schräglagerung: das Liegen auf der Seite verbessert die Belüftung der Lunge, druckgefährdete Regionen sind entlastet

- Bett flachstellen
- PE vorsichtig auf die Seite drehen
- Rücken mit einem Kissen oder Kissenrolle stabilisieren
- das untere Bein in Streckstellung leicht nach hinten positionieren
- das obere, leicht gebeugte Bein nach vorne ziehen und auf ein Kissen lagern
- unteren Arm seitlich vor den Körper oder nach hinten führen
- oberen Arm leicht gebeugt auf ein Kissen legen
- Bettgitter anbringen

135-Grad – Schräglagerung

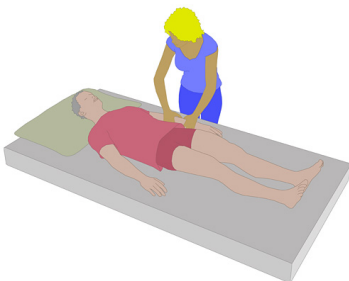


Zweck der 135° Schräglagerung: Entlastung bei vorhandenen Druckgeschwüren

- Bett flachstellen
- An der Bettkante wird PE in Seitenlage gebracht.
- Das obere Bein wird nun noch stärker angewinkelt. Das untere Bein wird gestreckt.
- Das obere Bein leicht anheben und das Lagerungskissen untergeschoben. Das Knie des oberen Beines liegt auf dem Lagerungskissen.
- Vorsichtig den oberen Arm soweit bewegen, dass der Ellenbogen zum Kopfende des Bettes zeigt. Der Kopf des PE kann auf dem darunter liegenden Arm liegen.
- PE wird in Richtung Bauchlage gebracht, Körper ruht auf dem Lagerungskissen.
- Der untere Arm liegt hinter dem Körper und weist in Richtung Fußende
- Bettgitter anbringen

Lagerungen zur Kontrakturrenprophylaxe:

Streckstellung:



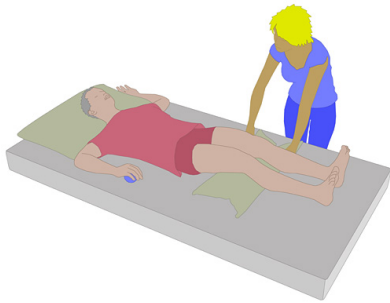
Zweck der Lagerung zur Kontrakturrenprophylaxe: verhindert eine Verkürzung der Beugemuskeln (Flexoren).

- Bett flachstellen
- Kopf wird auf einem flachen Kissen in Mittelstellung gelagert.
- Oberarme werden in einem 30°-Winkel vom Oberkörper abgespreizt.
- Unterarme werden durchgestreckt. Sie bilden also mit den Oberarmen eine gerade Linie und liegen flach auf der Matratze auf.
- Handflächen liegen mit der Unterseite auf dem Bett.
- Ober- und Unterschenkel liegen parallel und flach auf der Matratze.
- Wirbelsäule immer gerade lagern
- Bettgitter anbringen
- Merke: Bzgl. Dekubitusprophylaxe: Weich-, Frei- oder Hohlagerung der Fersen beachten

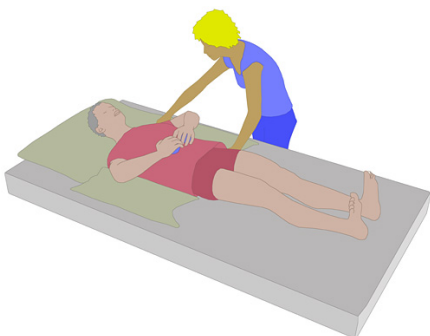
Lagerung zur Prophylaxe der Spitzfußkontraktur :



Beugstellung



Physiologische Mittelstellung



Zweck: verhindert eine Verkürzung der der Streckmuskulatur (Extensoren).

- Bett flachstellen
- Kopf: Mit einem kleinen zusätzlichen Kissen wird der Kopf leicht gebeugt.
- Oberarme in einem 90°-Winkel vom Oberkörper abspreizen, bilden mit dem Oberkörper ein "T".
- Unterarme in einem 90°-Winkel von der Elle abwinkeln und flach auf Matratze lagern. Ein Arm wird kopfwärts auf das Bett gelegt. Der andere Arm wird in Richtung Füße abgewinkelt.
- Finger leicht beugen, hierzu Binde oder weichen Ball benutzen (nicht geeignet für PE mit spastischen Lähmungen)
- Kissen unter die Knie legen: Ober- und Unterschenkel bilden einen 160° bis 150°-Grad-Winkel..
- Fußgelenke in einen 90°-Winkel zum Unterschenkel bringen mit Lagerungshilfsmittel
- Bettgitter anbringen
- Merke: Bzgl. Dekubitusprophylaxe: Weich-, Frei- oder Hohlagerung der Fersen beachten

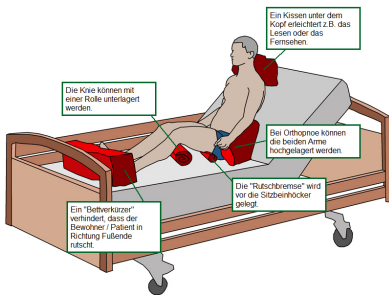
Zweck der Lagerung in physiologischer Mittelstellung: Lagerung der Gelenke, die bei einer evtl. Versteifung noch größtmögliche Bewegung erlaubt

- Bett flachstellen
- Kopf wird auf einem flachen Kissen in der Mittelstellung gelagert. Alternativ kann der Kopf nach rechts oder links gewendet werden.
- Oberarme werden in einem 30°-Winkel vom Oberkörper abgespreizt.
- Ellenbogen werden so gebeugt, dass sich die rechte und die linke Hand auf dem Bauch gegenüber liegen und sich die Fingerspitzen fast berühren. Unter beide Ellenbogen wird ein Kissen platziert.
- Handgelenke werden etwas in Richtung Handrücken gestreckt. Diese Position kann ggf. mit einer Binde oder einen weichen Ball unterstützt werden (nicht geeignet für Bewohner mit spastischen Lähmungen).
- Hüftgelenk: sollte möglichst gestreckt gelagert werden, nur bei Schmerzen ein kleines Kissen unterlegen
- Kniegelenk: sollte möglichst gestreckt gelagert werden, nur bei Schmerzen ein kleines Kissen unterlegen
- Fußgelenke: Durch geeignete Lagerungsmittel in einen 90°-Winkel zum Unterschenkel bringen. Die Fersen werden in eine Hohlagerung gebracht, um das Dekubitusrisiko zu senken.
- Die Wirbelsäule wird immer gerade gelagert
- Bettgitter anbringen

Hochlagerung der Beine



Oberkörperhochlagerung (OKH)



Zweck: Hochlagerung der Beine verbessert venösen Rückfluss. Wenn das Bett des Kranken nicht über ein verstellbares Fußteil verfügt, werden die Beine durch ein keilförmiges Kissen gestützt.

- Füße mit einem Kissen abstützen
- Beachte: Hochlagerung soll bereits unter dem Oberschenkel beginnen
- Kniekehlen dürfen weder durchhängen noch eingeschnürt werden
- nicht anwenden bei Herzproblemen
- Bettgitter anbringen

Zweck der Oberkörperhochlagerung: Position zum Essen, Lesen, usw. und Atmungserleichternd

- Beachte: Physiologischen Hüftknick d.h. Körper soll in der Hüfte und nicht im Bereich des Brustkorbes gebeugt sein
- Arme evtl. seitlich in Herzhöhe auf einem Kissen lagern(atemerleichternd)
- Ein Kissen /Fussstütze am Fußende damit PE nicht abrutscht.
- Knierolle entspannt Bauchdeckenmuskulatur und stabilisiert, aber Kontrakturgefahr also nur kurzfristig einsetzen

Nachbereitung

1. Nachbereitung des Pflegeempfängers/des Zimmers

- Das Bett in die korrekte Höhe bringen
- PE nach seinem Befinden / Schmerzen befragen
- Falls notwendig: Zimmer lüften und aufräumen.
- Fragen, ob der Pflegeempfänger noch etwas benötigt
- Klingel griffbereit legen

2. Persönliche Nachbereitung

- Händehygiene

3. Dokumentation

- Lagerungsplan erstellen
- Alle relevanten Beobachtungen dokumentieren oder mitteilen
- Maßnahme der Lagerungsart mit Uhrzeit dokumentieren
- Ggf. wird die Pflegeplanung angepasst.

39. Kapillare Blutentnahme zur Bestimmung der Glykämie (auf AA)

Material	Durchführung der Pflegeaktivität
<ul style="list-style-type: none"> - Handschuhe - Saubere Kompressen oder sauberes Taschentuch - Stichlanzette - Glucometer - Teststreifen - Sécu-Box® - Mülltüte 	<p><u>Vorbereitung</u></p> <p>1. Informationssammlung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Über den PE - Über die vorherigen BZ-Werte und die Therapie - Über das zur Verfügung stehende Material - Über die gebrauchsanweisung des Materials - etwaige Gesundheitserziehung des PE <p>2. Vorbereitung des Pflegers</p> <ul style="list-style-type: none"> - Händehygiene <p>3. Materialsammlung</p> <p>4. Vorbereitung des PE/des Zimmers</p> <p><u>Durchführung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hände resp Finger des PE mit lauwarmem Wasser waschen und gut abtrocknen - Stichlanzette vorbereiten - Glukometer einschalten - Handschuhe anziehen - Verfallsdatum und CODE-Nummer der Teststreifen kontrollieren - Teststreifen aus Behälter entnehmen und einführen (hängt vom Gerät ab) - Blut etwas in der Fingerkuppe stauen (durch Umfassen des Fingers) - (eventuell vorher durchblutungsfördernde Maßnahmen durchführen). - Seitlich in die Fingerkuppe einstechen (☐ Daumen und Zeigefinger auslassen). - Leichter Druck auf Fingerkuppe ausüben (evt. „massieren“ proximal zu distal) und einen Blutropfen auf Teststreifen aufbringen (das dafür vorgesehene Feld muss ganz gefüllt sein) - (Teststreifen mit Blut einführen; hängt vom Gerät ab) - Messzeit abwarten - Dem PE eine Kompresse geben, um die Einstichstelle zu komprimieren - Werte ablesen



Nachbereitung

1. PE/Zimmer

- PE über Wert informieren.

2. Material

- Teststreifen herausnehmen (Apparat geht dann aus).
- Stichlanzette in die Secu-Box® werfen
- Restmüll in Mülltüte werfen.

3. Pfleger

- Händehygiene

4. Dokumentation/mündliche Informationsweitergabe

Sofortige mündliche Informationsweitergabe über die gemessenen Werte an die Krankenschwester, falls diese von der Norm abweichen



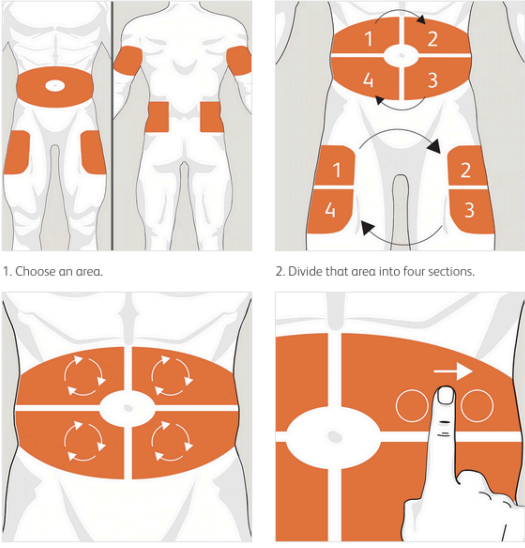
- Wenn Insulin nach Schema verabreicht wird.

In die Krankenakte notieren:

- Datum und Uhrzeit der Messung und das Resultat
- Verlauf der gesundheitserzieherischen Massnahmen (evtl)

Der PE soll ebenfalls das Resultat in sein Buch eintragen.


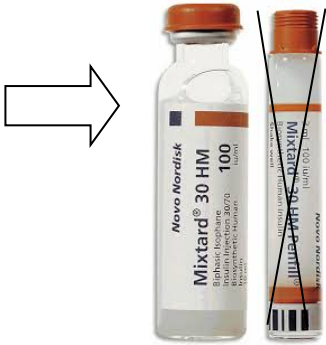
40. Insulininjektion mittels PEN auf AA

Material	Durchführung der Pflegetechnik
	<p>Vorbereitung</p> <p>1. Informationssammlung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vom PE: Name; Zimmernummer/Bett - Insulinart und Dosis: Kontrolle der Arztanordnung - Einstichschema (Zeitpunkt und Einstichstelle) - Eventuell: Gesundheitserziehung des PE
	<p>2. Persönliche Vorbereitung vom Pfleger</p> <ul style="list-style-type: none"> - Händehygiene
<ul style="list-style-type: none"> - 1 Sprizentablett - PEN  <p>https://fr.123rf.com/photo_5365814</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eine Nadel für den PEN (4-5mm)  <p>https://www.matmedical-france.com</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 alkoholisierte sterile Kompressen (70%iger Alkohol) - Oder 2 sterile Kompressen mit einem alkoholischem Desinfektionsmittel - Secu-Box® <ul style="list-style-type: none"> • <i>Einmalgebrauchhandschuhe (obligatorisch in verschiedenen Institutionen)</i> 	<p>3. Materialsammlung</p> <p>Siehe linke Kolonne</p> <p><u>Im Krankenhaus</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - PEN mit korrektem Insulin. Ist der PEN einsatzbereit? (Ist in der Ampulle genug Insulin? Nadeln vorhanden?) - Sprizentablett mit sterilen Kompressen und alkoholischem Desinfektionsmittel - Nadel - Secu-Box® <p><u>Zu Hause; im Pflegeheim</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - PEN, Nadel - Secu-Box® <p>Mögliche Einstichstellen:</p>  <p>1. Choose an area.</p> <p>2. Divide that area into four sections.</p> <p>3. Select an injection site in a section to start injecting. Use one section per week.</p> <p>4. Inject one finger width away from your last injection.</p>

	<p>4. Vorbereitung des PE/Zimmers</p> <ul style="list-style-type: none"> - Den PE darüber informieren, dass er sofort nach der Insulininjektion essen muss
	<p><u>Ausführung</u> Insulininjektion mittels PEN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Injektionsstelle kontrollieren: Haut intakt, sauber? - Nicht in eine Lipodystrophie, in Oedeme, in entzündete Hautstellen oder in Hämatome injizieren! <p><u>Im Krankenhaus:</u> Desinfizieren der Injektionsstelle</p> <p><u>Im Krankenhaus:</u> Gummipfropfen desinfizieren ehe die neue Nadel aufgeschraubt wird. Nadel gut festschrauben ohne zuviel Druck auszuüben.</p> <p><u>Zu Hause oder im Pflegeheim:</u> (wenn der Stift im Zimmer des PE bleibt) ist es nicht notwendig Haut und Gummipfropfen zu desinfizieren</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falls es sich um Mischinsulin handelt PEN zwischen den Handflächen 10x hin- und herrollen, nicht schütteln sonst Schaumbildung. - Kanülenschutz entfernen - 2 Einheiten auswählen, um die Luft aus der Nadel zu entfernen indem Sie die Nadel <u>nach oben</u> halten. Ein Tropfen muss aus der Nadel austreten. Wenn kein Tropfen zu sehen ist, wiederholen Sie die Prozedur noch einmal. Der Insulintropfen soll in die Secu-Box oder auf eine trockene Kompresse fallen. - Der Einheitenwähler steht jetzt wieder auf Null. Die korrekte Dosis einstellen (Arztverordnung). - Hände desinfizieren und wenn die <u>Institution es erfordert:</u> Handschuhe anziehen - Der Ablauf der Technik erfolgt wie bei der subkutanen Injektion von Antikoagulantien in niedriger Dosis. - Der Stift wird in einem 90° Winkel zur Haut aufgesetzt. Mit der Nadel behutsam in die Haut einstechen. - Durch Druck auf den Kolben das Insulin injizieren. Nadel noch 10 Sek nach der Injektion in der Haut belassen, dann Nadel vorsichtig herausziehen und die Falte gleichzeitig loslassen.

	<u>Nachbereitung</u>
	1. PE/Zimmer <ul style="list-style-type: none"> - Dafür sorgen, dass der PE sofort nach der Insulininjektion isst.! (zum Bsp: Bei Schnellinsulin 10 Minuten nach der Injektion) - Den PE darüber informieren dass er sich sofort melden soll wenn er die Zeichen eines Unterzuckers verspürt (Hungergefühl, Kopfschmerzen, Zittern, Schwitzen, Herzrasen, Bewusstseins-störung, gereizte Stimmung....)
	2. Material <ul style="list-style-type: none"> - Nadel des PEN in dieSecu-Box® werfen - Es gibt Removers die das Entfernen der Nadel ohne diese mit der Hand zu berühren ermöglichen. - Den Rest in die Mülltüte entsorgen.
	3. Pfleger <ul style="list-style-type: none"> - Händehygiene
	4. Dokumentation/mündliche Weitergabe <ul style="list-style-type: none"> - Datum und Uhrzeit der Injektion - Verabreichte Insulinart - Verabreichte Dosis - Injektionsstelle ggf: <ul style="list-style-type: none"> - Lokale Reaktionen - Reaktionen des PE - Verlauf der Gesundheitserziehung

Insulininjektion mit einer Insulinspritze auf Arztverordnung

Material	Durchführung der Pflegetechnik
	<p>Vorbereitung</p> <p>1. Informationssammlung</p> <ul style="list-style-type: none"> - - Vom PE: Name; Zimmernummer/Bett - - Insulinart und Dosis: Kontrolle der Arztanordnung - - Auf Etiketle schreiben: <ul style="list-style-type: none"> Name, Zimmer/Bettnummer des PE Insulinart- und Dosis Zeitpunkt und Verabreichungsweg <p>Einstichschema (Zeitpunkt und Einstichstelle) Eventuell: Gesundheitserziehung des PE</p>
	<p>2. Persönliche Vorbereitung vom Pfleger</p> <ul style="list-style-type: none"> - Händehygiene
<ul style="list-style-type: none"> - 1 Sprizentablett - 1 Insulinspritze  <p>http://www.apothicom.org/seringue-insuline-bd-presentation.htm</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 alkoholisierte sterile Kompressen (70%tiger Alkohol) - Oder 2 sterile Kompressen mit einem alkoholischen Desinfektionsmittel - Insulin-Ampulle  <p>www.mims.com</p>	<p>3. Materialsammlung</p> <p>Siehe linke Kolonne</p>

<ul style="list-style-type: none"> - 1 Etikette - Secu--Box® - <i>Einmalgebrauchhandschuhe (obligatorisch in verschiedenen Institutionen)</i> 	
	<p>4. Vorbereitung des PE/Zimmers</p> <ul style="list-style-type: none"> - Den PE darüber informieren, dass er sofort nach der Insulininjektion essen muss
	<p><u>Ausführung</u></p> <p>1. Aufziehen einer Insulinspritze</p> <p><u>A. AUFZIEHEN MIT EINER INSULINART</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Insulinart der Ampulle mit der ärztlichen Verordnung überprüfen: stimmt es überein? - Verfallsdatum kontrollieren (Insulin nicht benutzen, wenn es länger als einen Monat angebrochen ist) - Wie sieht das Insulin aus? Bei Zweifel (Flocken, trübes schnelles Insulin...) Ampulle wegwerfen - Wenn es sich um trübes Insulin handelt (Mischinsulin wie z.B. Mixtard®) die Ampulle 10mal zwischen den Handflächen hin- und herrollen oder mehrfach kippen. (Nicht schütteln: Schaumbildung!) - Gummipropfen der Ampulle mit der sterilen Kompresse + Desinfektionslösung desinfizieren <p><i>Fakultativ:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>So viel Luft in die Spritze aufziehen wie Einheiten aufgezogen werden sollen</i> • <i>Die Luft in die Ampulle injizieren.</i> • <i>Die Ampulle nach oben halten resp. kippen</i> <ul style="list-style-type: none"> - Die verordnete Menge Insulin langsam aufziehen - Sicherstellen, dass keine Luftblasen in der Spritze sind. Wenn ja, Spritze in der Ampulle belassen und Luft in die Ampulle zurückspritzen. Spritze nur aus der Ampulle ziehen, wenn keine Luftblasen mehr vorhanden sind und die Dosis stimmt. - Darauf achten, dass kein Insulin verloren geht, wenn die Spritze aus der Ampulle gezogen wird. <p><u>B. AUFZIEHEN MIT 2 INSULINARTEN</u></p> <p><i>Wichtig: immer das durchsichtige (also schnell wirkende Insulin) zuerst aufziehen!!</i></p> <p><i>Wenn Sie aus Versehen zuviel Langzeitinsulin entnommen haben dürfen sie es nie zurück in die Ampulle injizieren. Dann müssen Sie das Gemisch wegwerfen und alles neu aufziehen.</i></p>

	<p>2. Insulininjektion</p> <ul style="list-style-type: none"> - Injektionsstelle kontrollieren: Haut intakt, sauber? - Nicht in eine Lipodystrophie, in Oedeme, in entzündete Hautstellen oder in Hämatome injizieren! - Einstichstelle desinfizieren. - Hände desinfizieren. - Siehe Technik Insulininjektion mit PEN
--	--

	<p><u>Nachbereitung</u></p>
	<p>1. PE/Zimmer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dafür sorgen, dass der PE sofort nach der Insulininjektion isst! (zum Bsp: Bei Schnellinsulin 10 Minuten nach der Injektion) - Den PE darüber informieren dass er sich sofort melden soll wenn er die Zeichen eines Unterzuckers verspürt (Hungergefühl, Kopfschmerzen, Zittern, Schwitzen, Herzrasen, Bewusstseins-störung, gereizte Stimmung....)
	<p>2. Material</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Spritze in der Secubox® entsorgen - Insulinampulle in den Kühlschrank legen - Restliches Material: in die Mülltüte
	<p>3. Pfleger</p> <ul style="list-style-type: none"> - Händehygiene

	<p>4. Dokumentation/mündliche Weitergabe</p> <ul style="list-style-type: none"> - Datum und Uhrzeit der Injektion - Verabreichte Insulinart - Verabreichte Dosis (Unitäten) - Injektionsstelle <p>ggf:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lokale Reaktionen - Reaktionen des PE - Verlauf der Gesundheitserziehung
--	--

Source: Consultation diabétologie (infirmiers) du CHL, Association Luxembourgeoise du Diabète), formation continue ANIL mars 2019.