



KÖRPERPFLEGE 2.0

ERFAHRUNGEN IM ALTERS- UND PFLEGEZENTRUM

STAMMERTAL

Praxisauftrag Februar 2024

HANDLUKOMPETENZ

b8 - Die Körperhygiene und Körperpflege unterstützen
Die Fachperson Betreuung unterstützt die betreuten Personen bei der Körperpflege, bezieht sie, wenn immer möglich, mit ein oder übernimmt diese stellvertretend. Sie gestaltet die Pflegesituationen entsprechend den individuellen Bedürfnissen und Gewohnheiten der betreuten Personen und unterstützt ihre Selbstständigkeit. Dabei achtet sie auf die vorhandenen Ressourcen der betreuten Personen. Wenn sie stellvertretend Pflegehandlungen übernimmt, verbalisiert sie diese. Sie wendet Pflegeprodukte nach Vorgaben und nach Absprache mit dem Umfeld an. Sie begleitet die betreuten Personen, wenn nötig, beim Gang zur Toilette, setzt beim Heben/Transfer unter Umständen Hilfsmittel ein, hilft beim Aus- und Anziehen der Kleidung und bei der Körperhygiene. Sie hilft bei der Auswahl der Kleider, bezieht die betreute Person und ihre Wünsche und Interessen aktiv mit ein und achtet darauf, dass die Kleidung dem Wetter oder der Situation angepasst ist. Sie achtet auf regelmässige Händehygiene bei den betreuten Personen, insbesondere nach dem Toilettengang und vor Mahlzeiten.

Sunne Kern (BFS)

Wyland-Tagesbetreuung

Konkreter Auftrag

Unterstütze die betreute Person bei der Körperhygiene und berücksichtige deren Selbstbestimmung und die Selbstständigkeit.

Aufgabenstellung

- Kläre mit der betreuten Person, welche Form der Körperpflege sie anwenden möchte.
- Wähle dazu den passenden Raum.
- Besprich dich mit der betreuten Person, wie sie den Ablauf der Körperpflege gestalten möchte.
- Verwende dabei die persönlichen Pflegeprodukte der betreuten Person.
- Passe deine Kommunikationsform der Situation und den Bedürfnissen an.
- Achte bei der Handlung auf Nähe und Distanz.
- Nutze die Fähigkeiten der betreuten Person.
- Unterstütze die betreute Person in ihrer Autonomie.
- Erstelle eine Checkliste mit fünf wichtigen Punkten zur Körperpflege dieser Person.

Ergebnis des Praxisauftrages

Checkliste mit fünf wichtigen Punkten zur Körperpflege einer betreuten Person.

Leistungsziele

a1.3 Die Fachperson Betreuung schätzt ihre persönlichen Grenzen ein und setzt präventive Massnahmen um. (K4)

a3.2 Die Fachperson Betreuung wählt in der professionellen Beziehung die jeweils angemessene Nähe und Distanz. (K4)

a4.4 Die Fachperson Betreuung nimmt verbale und nonverbale Botschaften der betreuten Person wahr und reagiert entsprechend. (K3)

b8.1 Die Fachperson Betreuung unterstützt die betreuten Personen bei der Körperhygiene unter Einbezug der Selbstbestimmung und Selbstständigkeit der betreuten Person. (K3)

b8.2 Die Fachperson Betreuung nimmt die Körperpflege der betreuten Person personenzentriert vor. (K3)

b8.3 Die Fachperson Betreuung schützt bei der Körperpflege die Intimsphäre der betreuten Person. (K3)

Vorwissen aktivieren

Was weiss ich über das Thema?

- Wie nehme ich die **Pflegebedürfnisse** der betreuten Person wahr?

Ich achte darauf, ob sie unruhig sind, und achte auf ihre Hygiene. Ich beobachte die betreuten Personen und versuche so ihre Bedürfnisse wahrzunehmen.

- Welche **Pflegehandlungen** führe ich häufig aus?

WC-Begleitungen

- Wie achte ich auf die **Nähe und Distanz** mit der betreuten Person?

Ich kenne meine Grenzen und achte auch auf diese und ich arbeite an der Beziehung zu betreuten Personen.

- Was trage ich dazu bei, dass die betreute Person die **Selbstständigkeit erhalten** kann oder in der Selbstständigkeit **gefördert** wird?

Ich lasse sie zuerst Dinge selbst machen bevor ich eingreife und frage, was sie machen wollen, oder lasse sie zwischen versch. Ideen entscheiden.

- Wie unterstütze ich die betreute Person, die **körperliche Hygiene** nach Ihrem persönlichen Bedürfnis auszuführen?

Ich frage sie immer, ob ich sie unterstützen darf und ob ich nass waschen darf. Ich künde mich auch immer zuerst an.

- Wie unterstütze ich die betreute Person in ihrem **Mannsein/Frausein**?

Ich gebe ihnen zB einen Kamm oder Lippenstift, wenn sie sich schick machen wollen, oder mache einer Frau einen Zopf. Ich unterstütze die Herren bei der Rasur. Ich achte bei beide Geschlechtern darauf, dass ihre Kleidung sitzt.

- Habe ich bereits **praktische Erfahrungen** mit dem Thema?

Körperpflege ist auf jeden Fall täglich ein Thema bei der Arbeit. Ich habe auch schon betreute Personen beim Duschen unterstützt, schon öfters Nagelpflege gemacht.

Ich habe das erste Mal eine betreute Person beim Baden unterstützt und mehrere betreute Personen bei Morgenpflege unterstützt.

In der Handlungskompetenz steht auch das Thema Mahlzeiten, dabei unterstütze ich auch regelmässig wobei ich auch darauf achte die Selbstständigkeit erhalten ist. Im Alters- und Pflegezentrum (APZ) hat sich mein Wissen erweitert und ich durfte regelmässig die Morgenpflege machen.

Was habe ich in der Schule zu diesem Thema gelernt?

Formen und Funktionen der Körperpflege HKB B8

Funktionen:

- gesundheitliche Funktion
- sozial-gesellschaftliche Funktion
- Wohlbefinden
- Zuwendung, Stimulation, Orientierung

Belebenden Körperwaschung: Orientierung an der Haarwuchsrichtung.

- Waschen gegen die Haarwuchsrichtung wird als anregend und belebend empfunden.
- Waschen mit der Haarwuchs-richtung als beruhigend

Bei Titel «Baden» vertieft

Hygiene HKB B8

Hygiene ist die Erhaltung der Gesundheit und Sauberkeit (Massnahmen, Krankheitsverhütung)

- Hygiene Massnahmen (in der Institution)
- Bakterien
- Viren

Was habe ich im üK zu diesem Thema/Themenbereich/HK gelernt?

Betriebliches Hygienekonzept angewendet

Aufgabenstellung Ausführung

Ich habe bei Hr. M 2x bei der Morgenpflege zugeschaut. Er ist neu im APZ und das Personal im Heim hat ihn selbst oft gefragt wie er die Pflege haben möchte. Ich habe aufmerksam zugehört und beobachtet. Hr. M hat eine Hemiplegie links und einen Dauerkatheter.

Ich durfte am 3. Tag bei ihm selbstständig die Pflege durchführen. Ich habe zuerst «Guten Morgen» gesagt und ihn gefragt, ob er schon bereit zum Aufstehen ist. Dann hat er eingewilligt und ich habe ihm gesagt, dass ich das Wasser für und Produkte für die Pflege im Bett bereitmache und er war einverstanden. Ich lasse die Vorhänge zum Schutz der Privatsphäre zu. Ich bringe das Bett auf Arbeitshöhe.

Im Dienstzimmer habe ich bereits mit einer Pflegefachfrau vom Team nachgeschaut wie viele Einheiten Insulin Hr. M. bekommt. Im Gang steht der Medikamentenwagen und da habe ich das Blutzuckermessgerät und den Insulin-Pen von Hr. M mitgenommen. Vor der Pflege habe ich ihm den Blutzucker gemessen und das Insulin subkutan verabreicht, das möchte er auch so.

Vorbereitung:

- Lauwarmes Wasser
- Einweg Intimtücher
- Handschuhe
- Hautcreme (feuchtigkeitsspendend)
- Theoretisch Stützstrümpfe (nicht auffindbar)
- Netzhose
- Einlage
- Hose
- Socken
- Abfalleimer in der Nähe
- Unterlage (schon auf dem Bett)
- Urinflasche
- Netz für Katheter Beutel

Ich kündige Hr. M. an, dass ich zuerst die Flasche leere, dann die Intimpflege durchführe und zuletzt das Gesäss wasche. Ich ziehe als erstes Einweghandschuhe an.

Zuerst habe ich den Urinbeutel geleert und den Urin in die Toilette geleert, da die Flasche keinen Deckel hat. Die Flasche platziere ich in der Nähe der Tür, um sie beim Entsorgen des Abfalls und der Wäsche mitzunehmen.

Pflege Dauerkatheter (Zystofix = Bauchdeckenkatheter)

Oder auch Suprapubischer DK genannt: suprapubisch bedeutet «oberhalb des Schambeins»

Das Ventil des Urinbeutels sollte auch mit Desinfektionsmittel, vor und nach dem ablassen des Urins gereinigt werden, was mir jedoch nicht gezeigt wurde. Das Ventil sollte weder die Flasche noch den Boden berühren, um Bakterien zu vermeiden.

Dann kündige ich an, dass ich nun die Intimpflege durchführe. Ich habe auch ein Tuch dabei um seine Intimsphäre zu schützen. Zuerst Bauchdecke (direkt oberhalb Intimzone), dann Leisten und dann Geschlechtsteil. (Vorhaut, wenn vorhanden zurückziehen und auch reinigen.) Es ist wichtig die Haut zu trocknen jedoch sanft. Danach dreht sich Hr. M. selbstständig zur Wand. Ich sage ihm, dass ich noch ein wenig an der Unterlage ziehe, damit er mehr auf der Seite liegt und reinige dann zuerst aussen und dann von vorne nach hinten

sein Gesäss. Nach dem Abtrocknen lege ich eine frische Einlage hin und er dreht sich zurück auf den Rücken.

Einlage:

Bei Männern grosser Teil vorne und bei Frauen regulär also grösserer Teil nach hinten. Oft haben Männer eine Prostatahyperplasie wodurch sie öfters Wasserlösen. Ein weiterer Grund ist, dass das Geschlechtsteil bei Männern mehr Platz braucht.

Ich habe mit Hr. M. bereits abgeklärt, dass er den Klebstreifen bei der Einlage nicht abnehmen möchte. Ich kündige an, dass wir jetzt frische Netzhosen anziehen und achte darauf, dass Hr. M möglichst gut mithelfen kann. Er hebt sein Bein an und auch sein Becken. Ich achte darauf das der Schlauch des Katheters nirgends eingeknickt ist. Ich creme Hr. M noch ein.

Dann befestige ich den Urinbeutel. Seine persönliche Präferenz ist es den Urinbeutel am Unterschenkel zu befestigen, was ich auch mache. Oftmals befestigt man diesen am Oberschenkel, weshalb das Netz etwas zu weit ist, somit verenge ich das Netz oben mit einem Klebstreifen damit es hält.

Danach ziehen wir die Hosen und Socken an. Ich erhalte seine Autonomie, wobei ich ihm Anweisungen gebe. Er hebt sein re. Bein und seine Hüfte. Ich kläre vor dem Aufstehen ab, ob Hr. M. auf die Toilette muss, um zu wissen, ob wir die Hose ganz hochziehen sollen oder nicht. Es muss auf die Toilette und aus diesem Grund ziehe ich nur die Netzhose hoch und mobilisiere ihn dann auf den Rollstuhl. Er hilft gut mit und ich überlasse ihm das meiste, wobei ich nur seine linke Seite stütze. Dies funktioniert gut und wiederholen wir beim Transfer auf die Toilette. Ich schütze seine Privatsphäre und schliesse die Türe.

Währenddessen mache ich sein Bett und öffne das Fenster. Ich entsorge den Abfall, die Urinflasche und wenn nötig Wäsche.

Dann klopfe ich an, frage, ob er fertig ist und ob Stuhlgang oder Urin gekommen ist. Er bestätigt dies und ich bereite das Material vor, um das Gesäss zu waschen. Ich unterstütze ihn beim Aufstehen achte aber auch darauf, dass er viel selbstständig macht.

Ich weiss, dass Hr. M sich selbständig rasiert und seine Haare macht und wir besprechen, dass er dies zum Schluss machen kann, dass ich ihm zuerst noch beim Umziehen helfen kann.

Im Rollstuhl sitzend kann Hr. M nun selbstständig sein Oberkörper waschen. Ich wasche nur noch seinen rechten Arm, Achsel und den Rücken und er trocknet sich auch wieder selbstständig ab. Ich trockne erneut die Körperteile, ab welche er nicht kann.

Ich habe mitbekommen, dass er Nackenschmerzen hat und frage ihn, ob er Voltaren möchte, da er dies besitzt. Damit creme ich seinen Nacken ein. Danach frage ich ob die bereitgelegten Kleider für ihn passen, und unterstütze ihn beim Anziehen. Ich lege seinen Rasierer, sein After Shave, Parfüm, Haarschaum und Kamm bereit und lasse ihn selbstständig machen.

Checkliste Körperpflege:

- Vorbereitung durchführen
- Korrekte Reihenfolge bei der Intimpflege
- Abtrocknen
- Autonomie erhalten
- Klare Kommunikation

Hilfsmittel

- Haltegriff Bett und Toilette
- Seitengitter
- Aufstehhilfe manuell (Sara) und elektrisch
- Badewannenlift
- Duschstuhl / Badewannenbrett
- Patientenlifter (normales Tuch für Alltag und Tuch für in Badewanne)

Baden

Da ich bei einem anderen Praxisauftrag bereits das Duschen vertieft dokumentiert habe, beziehe ich mich hier nur kurz auf das Baden, da ich dies im Heim neu kennengelernt habe. Viele Bewohner geniessen das Baden sehr, sie sollen sich wohlfühlen und zur Ruhe kommen. Beim Baden alles persönliche und komplett frische Kleider mitnehmen, weil das Badezimmer separat ist. Dabei kann auch die Rasur und Nagelpflege durchgeführt werden.

Temperatur von 35°C bis 38°C in die Wanne einlaufen lassen

Vollbad: Wanne nur bis zur Hälfte füllen, nach dem Einsteigen des Bewohners weiteres Wasser bis zur gewünschten Höhe zugeben, evtl. Duschgel direkt ins Wasser geben (Wunsch des Bewohners)

Baden ist auch erholsam und nicht nur zur Hygiene. Wie bei der Pflege im Bett und beim Duschen sollten die betreuten Personen möglichst selbst machen was selbstständig geht.

Ziele:

- Körperreinigung
- Entspannung
- Angenehmes Körpergefühl

Stoma

Beim Stomabeutel wechseln durfte ich zweimal zu schauen. Einmal wurde er nicht gut befestigt und darum musste er gewechselt. Es ist Stuhlgang rausgekommen.

Stomabeutel Wechsel

- Hautschutz muss auf die Stoma-Grösse zugeschnitten werden.
- Mit warmem Wasser und PH-Neutraler Seife waschen, in kreisförmigen von aussen nach innen (Kolo Stoma & Illeostoma). Das Urostoma von innen nach aussen.
- Mit Mullkompressen oder Papiertücher abtrocknen.
- Entfernen der Schutzfolie des Hautschutzes der Basisplatte
- Öffnung an unteren Stomarand ansetzen
- Von unten nach oben anlegen

Wichtiges zu beachten

- Mit Handschuhen durchführen
- Nicht mit zu viel Druck arbeiten
- Haare mit Einweg Rasierer entfernen
- Fusselnde Tücher sind zu vermeiden
- Dauerhafter Kontakt mit Urin und Stuhlgang können Infektionen nach sich tragen.

Wichtig für die Nahrungsaufnahme

- Regelmässige Nahrungsaufnahme
- Kleine Portionen essen
- Regelmässige Bewegung
- Letzte Mahlzeit des Tages nicht zu spät einnehmen, um nächtliches Ausscheiden zu vermeiden.

Physisches Befinden

- Schweres und ziehendes Gefühl durch den sich füllenden Beutel
- Hautprobleme; durch zu viel Haftmittel
- Geruchsbildung
- Geräuschbildung
- Entzündungsgefährdet

Psychisches Befinden

- Schamgefühl
- Angst vor Blossstellung
- Hilflosigkeit auf Grund von Kontrollverlust
- Einschränkung der Sozialisation
- Angst vor Leckagen (Austrocknung durch Körperöffnung)
- Verzerrte Körperwahrnehmung
- Eingeschränkte Sexuellust

Prophylaxen

Dekubitus

- Lagerung und Lagerungsprotokoll
- Kissen unter Knie
- Bettgitterschutz

Sturz

- Fussmatte
- Gehtraining
- Hilfsmittel
- Keine Hindernisse
- Sturzhose

Pneumonie

- Lagerung im Bett: Kopfteil hochstellen
- Atemübungen
- Genügend Flüssigkeit
- Mund und Zahnhygiene
- Raumluft; regelmässiges Lüften

Thrombose

- Stützstrümpfe
- Bewegungsübungen
- Thrombosespritzen
- Frühmobilisation nach OP

Kontrakturen

- Bewegung
- Mobilisation
- Massage

Verbandswechsel

Fr. G. hatte vor ca. 6 Monaten einen schlimmen Sturz die Treppe hinunter. Sie hatte eine sehr grosse Wunde am re. Unterschenkel.

Die Wunde sieht viel besser aus. Das Team hat sie viel gepflegt und Verbandswechsel gemacht.

Wichtig dabei ist steril zu arbeiten und das Material vorzubereiten.

Ziel ist es:

- Den Heilungsprozess zu beurteilen also die Wunde genau anschauen
- evtl. Wundheilungsstörungen rechtzeitig entdecken
- Förderung des Heilungsprozesses z.B durch Wundspülungen und Entfernung nekrotischer Gewebeteile (Nassphase)
- Wundhygiene: Erneuerung verschmutzter oder sekretdurchtränkter Verbandmaterialien

Diana hat mir gezeigt, wie sie den Verbandswechsel macht. Zur Vorbereitung informiert sie die Patientin und legt sie aufs Bett mit einer Unterlage unter dem Bein. Das Bett stellt sie auf die für sie passende Höhe. Auf einem desinfizierbarem Tablett stellt sie das Material bereit und sie achtet darauf das sie genügend Licht und Platz hat.

Unsterile Materialien werden patientennah, sterile patientenfern abgelegt. Alle Materialien, die bei einem Verbandwechsel direkt oder indirekt (z.B. Verbandsversammlungen) in Kontakt mit der Wunde kommen, müssen steril sein.

<https://flexikon.doccheck.com/de/Verbandwechsel>

Zuerst:

- Händedesinfektion
- Einweghandschuhe anziehen

Das Hosenbein wird hochgekrempt und es muss darauf geachtet werden, dass es nicht in den Weg kommen kann und die Wunde kontaminiert. Diana entfernt dann den Verband und wäscht dann rund um die Wunde. Diese wird dann inspiziert. Eine erneute Händedesinfektion und Handschuhwechsel findet statt.

Aseptische Wundreinigung: Von innen nach aussen reinigen. Das setzt Diana dann um. Danach macht sie eine 15- minütige Nassphase, um den Fibrinbelag zu aufzuweichen und dient der Aufnahme überschüssiger Flüssigkeit. Danach kann Diana das Fibrin mit einer sterilen Pinzette entfernen.

Danach kommt der TVA vorbei und inspiziert die Wunde und sagt, dass sie gut geheilt sei.

Ein passend zugeschnittene Schaumstoffauflage (PermaFoam® Classic) wird auf die Wunde gelegt, auch diese und die Schere dafür sind steril. Dann wird ein Verband angelegt. Zwischendurch werden die Handschuhe gewechselt, weggeworfen und die Hände desinfiziert. Das sonstige gebrauchte Material wird auch weggeworfen und die Ablage desinfiziert.

Die Patientin, Frau G., wird gefragt, ob der Verband angenehm sitzt und wie es ihr geht.

Es wird die Wunddokumentation mit Fotos gemacht und validiert.

Nun kommen die Themen Urintest, Sondennahrung und Sauerstoff verabreichen. Bei diesen Themen habe ich recherchiert und mich informiert, da ich dies in der Praxis nie erleben konnte.

Urintests

Bei einem Urintest wird ein Teststreifen kurz in den Urin eingetaucht. Dann muss man warten, bis sich ein Ergebnis zeigt. Auf dem Teststreifen hat es Farben und je nach Konzentration verfärben sich die Felder. Danach wird die Farbe mit dieser auf dem Teströhrchen abgebildeter Vorgabe verglichen, um zu sehen welche Werte normal sind und welche abweichen.

Gründe oder Ursachen

- Verdacht auf Harnwegsinfekt
- Verdacht auf Erkrankungen der ableitenden Harnwege
- Blutungen im Nieren- oder Harnsystem
- Erkrankungen der Niere oder Leber abklären/überwachen
- Diabetes
- Bluterkrankungen
- Harnsteine
- (Drogen)

Folgende Substanzen können mit einem Urin-Schnelltest überprüft werden:

- *pH-Wert (zeigt den Säuregrad des Urins an, Norm je nach Ernährung circa 5 bis 7, wobei ein Wert unter 5 zu viel und ein Wert über 7 zu wenig Säure anzeigt)*
- *Eiweiß (Proteine, Norm negativ)*
- *Zucker (Glukose, Norm negativ)*
- *Nitrit (Norm negativ)*
- *Keton (ein Stoffwechselprodukt, Norm negativ)*
- *Bilirubin (Abbauprodukt des roten Blutfarbstoffes, Norm negativ)*
- *Urobilinogen (Abbauprodukt vom Bilirubin, Norm negativ)*
- *rote Blutkörperchen (Erythrozyten, Norm negativ)*
- *weiße Blutkörperchen (Leukozyten, Norm negativ)*

www.gesundheitsinformation.de/urintests-verstehen

Sondennahrung (Enterale Ernährung)

Enteral = altgriechisch Darm

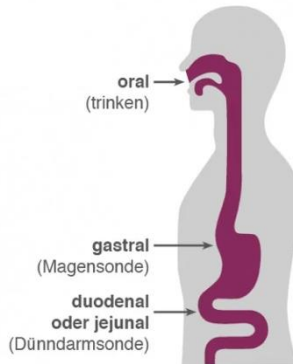
Sondennahrung ist flüssige Nährstoffzufuhr per Sonde. Dies passiert, wenn Menschen aufgrund von Erkrankungen (wie z.B. Dysphagie) oder Verletzungen keine feste Nahrung mehr zu sich nehmen können. Es ist jedoch auch zur Genesung von Bedeutung und lebensnotwendig wichtige Nährstoffe zu sich zu nehmen.

Dysphagie = Kau- und Schluckbeschwerden

Die Nahrung, die verabreicht wird, nennt sich Sondenkost und gehört zu den balanzierten Diäten was heisst das die Nahrung mit den Bedürfnissen des menschlichen Organismus übereinstimmt. Das Infektionsrisiko ist geringer als bei der parentalen Ernährung.

Enterale Ernährung

Enterale Ernährung
nutzt den Magen-Darm-Trakt:



Durch die Nase in den Darm = transnasal

Durch die Bauchdecke in den Magen = perkutan

Die Nahrung wird entweder selbstständig durch die Erdanziehung oder sonst mit einer Pumpe in den Magen-Darm-Trakt geleitet.

Ziele

- Gesundheit und Körpersubstanz erhalten oder rehabilitieren
- Ernährung durch den Mund möglichst wiederherstellen
- Energiebedarf decken
Mangel- /Fehlernährung aufheben
- Lebensqualität erhalten

Risiken

- Bei Luft oder zu schnelle Verabreichung -> Schluckauf, Diarrhöe, Erbrechen möglich
- Bei Süßem oder Medikamenten kann die Sonde verstopfen
- Bei reduziertem Schluckreflex grosses Risiko für Erbrechen
- Nahrung könnte vom Magen zurück in Speiseröhre oder Atemwege fließen (Reflux)

Bei verschiedenen Phasen, Zustand und Werte bekommt der Patient unterschiedliche Nahrung. Es wird regelmässig ein Arzt zur Überprüfung beigeht.

Sauerstoff verabreichen

Wenn sich z.B bei Patienten mit einer Lungenerkrankung der Sauerstoff im Blut reduziert, wird Sauerstoff «künstlich» verabreicht.

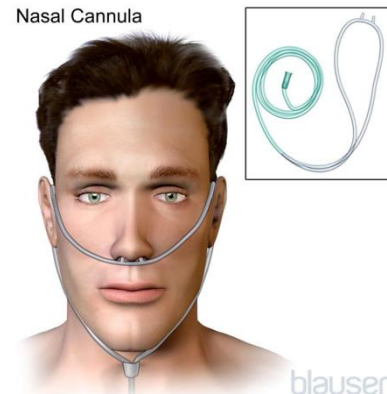
Circa 21 % der Luft, die wir atmen ist Sauerstoff. Die Lunge führt den Sauerstoff von der Luft in den Blutkreislauf. Wir brauchen diesen, um Energie zu haben und die Zellen brauchen Sauerstoff zum Funktionieren.

Mit einem Bluttest muss zuerst geprüft werden, ob die erkrankte Person den Sauerstoff überhaupt braucht. Den auch das Überangebot von Sauerstoff kann schädlich sein. Es braucht für die Sauerstofftherapie also eine ärztliche Verordnung.

Der Sauerstoff kommt aus einem Kompressor oder einer Flasche durch einen Schlauch und wird oftmals durch die Nase über eine Sauerstoffbrille appliziert. So kann unbehindert gegessen, getrunken und geredet werden.

Es gibt auch Sauerstoffmasken.

Die Dosis (Sauerstoffsättigung) und Dauer der Sauerstofftherapie muss dokumentiert werden.



Definition

Der Begriff Sauerstoffsättigung, kurz sO₂, beschreibt den Quotienten von im Blut vorhandenem Sauerstoff und maximaler Sauerstoffkapazität des Blutes in Prozent.

<https://flexikon.doccheck.com/de/Sauerstoffs%C3%A4ttigung>

Alternative Heilmethoden (Wickel, Massagen, Tee)

Im APZ wurde einer Bewohnerin ein Wickel mit Johannisbeer-Öl auf die Brust gelegt, was gegen Angstzustände helfen sollte.

Bei Husten, Bronchitis, Sodbrennen und bei Gelenkbeschwerden können Kartoffelwickel helfen.

Ein Quarkwickel kann bei Entzündungen und Schmerzen helfen. Er wirkt abschwellend, schmerzlindernd, entzündungshemmend.

Bei einer Spastik in der Hand kann eine Massage helfen, auch eine Person, welche eine Depression hat und sich nicht spürt, hat sich gewünscht die Arme zu massieren. Wärme hilft bei Schmerzen und Spastiken.

Kamillen-Tee: Fördert die Verdauung, entspannt Verkrampfungen, wirkt beruhigend

Pfefferminz-Tee: Unterstützt bei der Verdauung

Hagebutten-Tee: Bei Erkältung und Magen-Darm-Beschwerden

Schwarzer Tee: Belebende Wirkung (Koffein)

Grüntee: Belebende & positive Wirkung, Beruhigung Magen und Darm, antibakteriellen Effekt, reguliert Blutdruck

Lindenblüten Tee: reizlindernd, schweißtreibend und entzündungshemmend bei Erkältungen, Fieber und Husten, Stärkung der Abwehrkräfte, schmerzlindernd ab Kopf-, Magen- und Unterleibsschmerzen. beruhigend und entspannend bei Einschlafproblemen, Unruhezuständen und Nervosität

Cannabis Mundspray Sativex oder Cannabisöl (Tropfen): Spastik, Schlaflosigkeit, Nervosität

Auch auf die Ernährung kann geachtet werden, um Entzündungen oder Verdauungsbeschwerden zu lindern. Es gibt Lebensmittel welche Entzündungswerte eher steigern lassen oder schwer verdaulich ist.

Definition

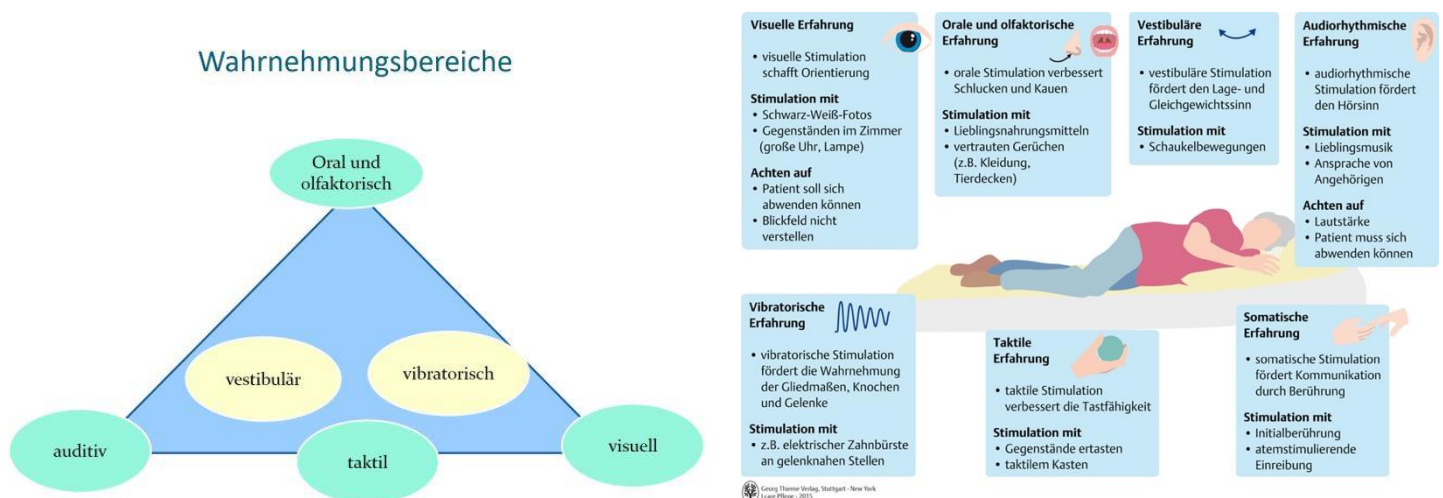
Als basale Stimulation werden alle pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen bezeichnet, die zur Förderung von körperlich und geistig beeinträchtigten Menschen verwendet werden.

https://flexikon.doccheck.com/de/Basale_Stimulation

Basale Stimulation

Das heisst also, wenn wir mit den betreuten Personen arbeiten und währenddessen ihre Autonomie fördern wird die basale Stimulation schon angewendet.

Um dies noch bewusster zu tun, gibt es verschiedene Arten der Stimulierung der Sinne. Wir haben dies im überbetrieblichen Kurs und in der Schule durchgenommen:



Vitalzeichenkontrolle

Definition

Die Vitalzeichen sind die von außen wahrnehmbaren Lebensfunktionen eines Organismus. Die wichtigsten Vitalzeichen des Menschen sind Atmung, Herztätigkeit (vertreten durch Blutdruck und Puls), Bewusstsein und Körpertemperatur.

<https://flexikon.doccheck.com/de/Vitalzeichen>

Atemfrequenz

Ist die Anzahl Atemzüge pro Minute.

Die Atemfrequenz ist sehr vom Alter abhängig. Dies sind die Normwerte:

- beim Neugeborenen etwa 40-45 Atemzüge/min
- beim Säugling etwa 35-40 Atemzüge/min
- beim Kleinkind etwa 20-30 Atemzüge/min
- beim Kind etwa 16-25 Atemzüge/min
- beim Erwachsenen etwa 12-18 Atemzüge/min

Blutdruck und Puls

Systolischer Blutdruck: höherer Wert, maximaler Blutdruckwert in der Herzauswurfphase (Systole)

Diastolischer Blutdruck: niedrigerer Wert, minimaler Wert in der Herzfüllungsphase (Diastole)

Der Blutdruck sollte in Ruhe gemessen werden. Der Patient sollte ca. 10 Minuten sich nicht stark bewegt haben und nicht sprechen während dem Messen.

Die Einheit des Blutdrucks nennt sich «mmHg» = Millimeter Quecksilbersäule. Ein optimaler Wert ist (<) 120/80 mmHg. Es ist jedoch auch noch ein normaler Wert, wenn er 130/85 mmHg misst.

Eine Hypertonie ist Bluthochdruck. Von 140/90 bis 180/110 mmHg sind zu hohe Werte.

Hypotonie ist zu tiefer Blutdruck: unterhalb von 100/60 mmHg.

Pulsfrequenz

Anzahl Herzschläge in einer Minute, bei körperlicher Ruhe auch Ruhepuls genannt. Der Puls kann von Hand gemessen werden an verschiedenen Körperstellen. Wenn der Blutdruck gemessen wird, misst das Gerät den Puls direkt mit.

Körpertemperatur

Normbereich: 36,5 °C bis 37,5 °C

Durchschnittswert: 36.8 °C

Körpertemperatur im Alter

Die Körpertemperatur eines Menschen sinkt alle zehn Jahre etwa um 0,1-0,15 °C. Das heisst oft haben ältere Menschen eine tiefere Normtemperatur und so muss beim Fieber messen beachtet werden, dass somit die Temperatur eine für eine erwachsene Person normalen Wert hat, während die Temperatur für die Person im Alter zu hoch ist.

Die Körpertemperatur kann an verschiedenen Körperstellen gemessen werden. Dies ist auch abhängig vom Gerät und zu beachten ist, dass die verschiedenen Körperstellen auch verschiedene Normaltemperaturen haben.

- im Rektum (rektal)
- in der Achselhöhle (axillär)
- im Mund (oral)
- im Ohr (aurikulär)
- an der Stirn
- durch einen Katheter in der Harnblase (Intensivmedizin).

Fieber (Hyperthermie):

Körperkerntemperatur auf über 38 °C

Unterkühlung (Hypothermie)

Abfall unter 35 °C

BZ & subkutane Injektion:

- zusätzlich für mich schon vor Arbeiten repetiert: separates Dokument

Medikamente:

- In Praxisauftrag «Pflegerische Massnahmen» schon vertieft
- TVA hat im APZ Verantwortung über Medikamentenabgabe im Speisesaal

Visite

Die Visite war spannend zum Zuhören. Ich habe eine Liste bekommen, welche betreuten Personen ich holen, kann und durfte dann dabei sein.

Bei einem Bewohner hat Dr. med. Raphael Butsch geschaut, wie gut der Schenkelhalsbruch verheilt und wie gut er stehen kann. Da er schon Schmerzmedikamente verordnet hat, bekam er nichts neues. Er sagte der Bewohner dürfe sein Bein mehr belasten und soll lernen zu stehen, da es gut geht.

Eine Bewohnerin erzählte, dass ihr re. Grosser Zeh schmerzte bei Berührung. Manchmal spüre sie ihn auch nicht. Er testete, wie lange es braucht, bis das Blut zurück in den Zeh fliesst und meldete sie dann für eine Untersuchung an. Sie erzählte dann, dass sie kaum atmen könne. Dem Team ist dies schon aufgefallen und sie denken es ist psychisch. Er hörte ihre Lunge ab und sagte sie sei perfekt und meldete sie für ein Röntgen an.

Es waren noch weitere Bewohner da, jedoch musste ich oftmals wieder weg weshalb nicht bei allem den Grund weiss.

Verordnungen eintragen

Dr. med. Raphael Butsch schickt dem APZ direkt die Verordnungen per Mail. Dann werden diese eingetragen und allfällige Medikamente geändert.

Das Dokument muss heruntergeladen und abgespeichert werden. Dann muss noch separat die Veränderung notiert werden und das Team beim Rapport informiert werden.