

STOP DEKUBITUS

LEITFADEN ZUR OPTIMALEN PATIENTEN-
POSITIONIERUNG, DRUCKENTLASTUNG, RISIKO-
BEWERTUNG UND PRÄVENTION VON DEKUBITUS



ato form gmbh
...mehr Lust am Leben

LEVABO®

WAS IST EIN DEKUBITUS

Druckgeschwüre entstehen durch anhaltenden Druck oder durch Scherung der Haut und des darunter liegenden Gewebes - typischerweise an Körperstellen, an denen die Knochen dicht unter der Haut liegen und nur wenig Fettgewebe vorhanden ist.

Druck entsteht, wenn das Gewicht einer Person gegen eine Oberfläche gedrückt wird. Unabhängig davon, ob die Person liegt, sitzt oder steht, wird der Druck auf das darunter liegende Gewebe übertragen, und das Gewebe zwischen der Oberfläche und den Knochen zusammengepresst. Das Muskelgewebe kann nicht so viel Druck aushalten wie die Haut. Daher treten die Schäden in der Nähe des Knochens auf und sind oft erst 1-2 Wochen nach der Druckeinwirkung auf der Haut zu sehen. Druck entsteht auch unabhängig der Körperposition, z. B. durch medizinische Geräte wie Sauerstoffmasken und Urinkatheter.

Bei der Scherung entsteht eine Verdrehung, die das Gewebe und die Blutgefäße schädigt. Das bedeutet, dass weniger Druck erforderlich ist, um die Blutzufuhr zu dem verletzten Bereich zu verringern. Daher treten Druckschäden an Gewebe, welches Scherkräften ausgesetzt ist, schneller auf. Scherung tritt auf, wenn der Körper bewegt wird, ohne dass er angehoben wird, beziehungsweise ohne, dass er sich von der Oberfläche löst. Dies kann zum Beispiel der Fall sein, wenn eine Person mit angehobenem Kopfteil sitzt und im Bett nach unten rutscht.

Der Druck wird verringert, wenn er auf eine größere Fläche verteilt wird. Dies kann mit guten Schaumstoffmatratzen, häufigen Positionswechseln und Kissen sowie Matratzen mit ruhender Luft erreicht werden. Levabo bietet dies an, unser Sortiment an druckentlastenden Produkten kann Ihnen helfen, Dekubitus wirksam und schonend zu verhindern und zu behandeln.

WER HAT EIN RISIKO EINEN DEKUBITUS ZU ENTWICKELN

Das Risiko, an einem Dekubitus zu erkranken, steigt mit dem Alter und dem Grad der Funktionseinschränkung. Vor allem kranke und bettlägerige Menschen sind gefährdet, Druckgeschwüre zu entwickeln. Aber auch Menschen mit neurologischen oder Wirbelsäulenerkrankungen sind gefährdet, da sie oft an einen Rollstuhl gefesselt sind.

Es gibt über 200 verschiedene Risikofaktoren für die Entstehung von Druckgeschwüren. Es ist selten, dass ein einzelner Risikofaktor allein zu einem Dekubitus führt. Aber die Kombination verschiedener Risikofaktoren in Verbindung mit äußerem Druck ist ausschlaggebend dafür, ob sich ein Dekubitus entwickelt.

Generell ist es wichtig, auf Hautveränderungen und die Entwicklung von Druckgeschwüren bei Menschen mit chronischen Krankheiten wie Diabetes und Herz-erkrankungen, bei Menschen mit Begleiterkrankungen und bei Menschen mit eingeschränkter Funktionsfähigkeit und/oder schlechtem Allgemeinzustand zu achten.

MENSCHEN, DIE EINEM HOHEN RISIKO AUSGESETZT SIND:

- Menschen mit eingeschränkter Mobilität
- Menschen, die übergewichtig sind
- Menschen, die untergewichtig sind
- Akut und kritisch Kranke
- Ältere Menschen
- Bettlägerige
- Menschen mit Rückenmarksverletzungen
- Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Palliativpatienten
- Kinder (insbesondere aufgrund medizinischer Geräte)

RÜCKENLAGE

1. RÜCKSEITE DES KOPFES

All Up Head

2. SCHULTERBLÄTTER, WIRBELSÄULE, ELLENBOGEN

All Up Universal

All Up Universal Long

All Up Wing

All Up Multi Small

All Up Multi Large

All Up Multi Wedge

All Up Elbow & Heel

Turn All automatisches Seitenwendesystem

3. OS SACRUM, DER BECKENKAMM

All Up Universal

All Up Universal Long

All Up Wing

Turn All automatisches Seitenwendesystem

4. WADE + LAGERUNG DER BEINE ÜBER DEM HERZEN

All Up Universal

All Up Universal Long

All Up Wing

All Up Multi Max

5. FERSE, FUSSSOHLEN

Heel Up Short

Heel Up Medium

Heel Up Long

Heel Up Max

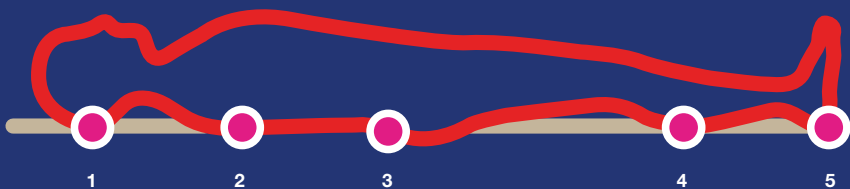
All Up Multi Large

All Up Multi Universal

All Up Multi Universal Long

All Up Wing

All Up Footsole



SEITLICHE POSITION

1. OHR, KIEFER

All Up Head

2. SCHULTER, ELLENBOGEN

All Up Multi Small

All Up Universal

All Up Universal Long

All Up Wing

3. DER BECKENKAMM + 30 GRAD SEITENLAGE

All Up Multi Small

All Up Universal

All Up Universal Long

All Up Wing

All Up Wedge 30°

Turn All automatisches Seitenwendesystem

4. KNIE

All Up Multi Small

All Up Universal

All Up Universal Long

5. UNTERE EXTREMITÄTEN

All Up Universal

All Up Universal Long

All Up Wing

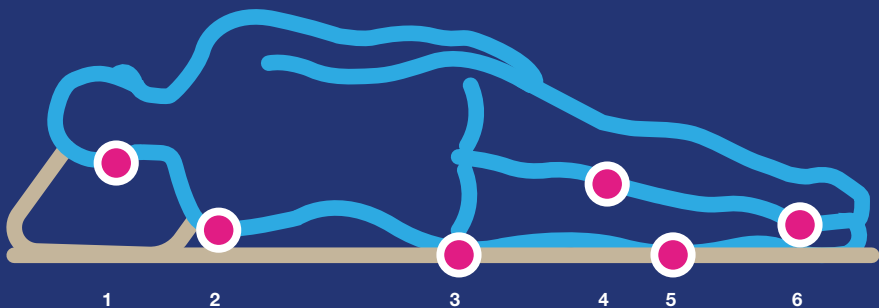
6. MALLEOLUS

All Up Multi Small

All Up Multi Universal

All Up Universal Long

Heel Up Short



BAUHLAGE

1. VORDERKOPF, KINN

All Up Head
All Up Head Intubate DUO

2. ELLBOGEN

All Up Multi Small
All Up Universal
All Up Universal Long
All Up Wing

3. VORDERER TORSO

All Up Universal
All Up Universal Long
All Up Multi Large
All Up Wing
All Up Belly

4. HÜFTE

All Up Universal
All Up Universal Long
All Up Multi Large
All Up Wing

5. KNIE

All Up Universal
All Up Universal Long
All Up Multi Large
All Up Wing

6. UNTERSCHENKEL, WADE

All Up Universal
All Up Universal Long
All Up Multi Large
All Up Wing

7. FÜSSE, ZEHEN

All Up Multi Small
All Up Multi Medium
All Up Multi Large
All Up Universal
All Up Universal Long
All Up Multi Large
All Up Wing



SITZENDE POSITION

1. SCHULTERBLÄTTER, WIRBELSÄULE

All Up Universal
All Up Universal Long
All Up Multi Large

2. DER BECKENKAMM, DER SITZBEINHÖCKER

Seat All Seat
Seat All Seat Large
Seat All Seat Max
Seat All Seat Tailbone
Seat All Seat Donut
Seat All Seat Twin
Seat All Seat Flexi

3. ELLBOGEN

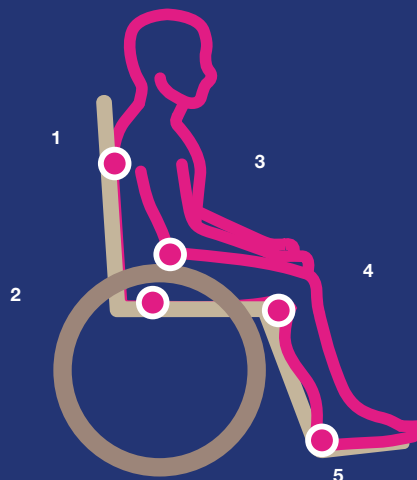
All Up Armrest
All Up Elbow
All Up Elbow Medium
All Up Elbow & Heel
All Up Lap
All Up Lap Max

4. KNIEKEHLE

Seat All Seat
Seat All Seat Large
Seat All Seat Max
All Up Multi Small

5. FERSEN

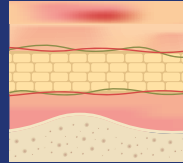
Heel Up Short
All Up Elbow & Heel
All Up Multi Small



DEKUBITUS-KLASSIFIZIERUNG

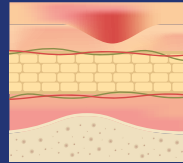
Kategorie 1: Intakte Haut mit Rötung

Intakte Haut mit Rötung, die sich nicht verfärbt, wenn man mit dem Finger auf die Stelle drückt (fehlende Kapillarwirkung). Schmerzhaft. Meistens über markanten Knochen platziert. Bei Menschen mit dunkler Hautfarbe kann es schwierig sein, die Rötung zu erkennen. Hier muss beobachtet werden, ob die Hautbereiche um die hervorstehenden Knochen eine andere Farbe haben als der Rest der umgebenden Haut.



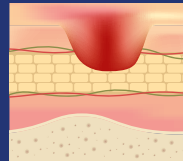
Kategorie 2: Partieller Hautverlust

Partieller Hautverlust, der sich als oberflächliche Wunde mit rotem Grund ohne totes Gewebe darstellt. Kann auch als intakte oder aufgeplatzte Blase erscheinen. Schmerzhaft. Kann mit inkontinenzbedingter Dermatitis und Mazeration verwechselt werden. Es muss sich um eine glänzende oder trockene, oberflächliche Wunde ohne totes Gewebe oder Hämatom handeln, um als Dekubitus der Kategorie 2 eingestuft zu werden.



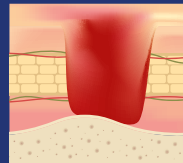
Kategorie 3: Vollständiger Hautverlust

Vollständiger Verlust der Hautschichten. Subkutanes Fett kann sichtbar sein, aber Knochen, Sehnen oder Muskeln sind nicht freigelegt. Nekrosen (abgestorbenes Gewebe) sind sichtbar, verbergen aber nicht die Tiefe des Druckgeschwürs. Schmerzhaft. Es kann zu Unterminierungen und Fisteln kommen. Die Tiefe von Druckgeschwüren der Kategorie 3 variiert je nach anatomischer Lage.



Kategorie 4: Tiefe Gewebeschäden

Verlust aller Gewebeschichten mit sichtbaren Knochen, Sehnen oder Muskeln. Nekrose (abgestorbenes Gewebe), Fibrin (als gelartiger Belag) und Schorf (gelber oder weißer Belag aus abgestorbenen Zellen, im Allgemeinen feucht und von weicher Konsistenz) können vorhanden sein. Risiko einer Infektion des Knochens (Osteomyelitis oder Osteitis). Die Tiefe variiert je nach anatomischer Lage. An Stellen mit wenig Unterhautfettgewebe, z. B. Nasenrücken, Ohren und Knöchel, können Druckgeschwüre der Kategorie 4 oberflächlich sein. An anderen Stellen des Körpers sind Druckgeschwüre der Kategorie 4 typischerweise tief und oft mit Unterminierung und Fisteln.



Risiko-faktoren	Rückenlage	Seitliche Position	Bauchlage	Sitzend	Dekubitus Klassifizierung	Zusätzliche Klassifizierungen	Risiko-bewertung	Beispiel für den Einsatz
-----------------	------------	--------------------	-----------	---------	---------------------------	-------------------------------	------------------	--------------------------

ZUSÄTZLICHE DEKUBITUS-KLASSIFIKATIONEN

Zusätzlich zu den vier Kategorien von Dekubitus wurden zwei weitere Kategorien hinzugefügt, die relevant sind, wenn ein Dekubitus beobachtet wird und nicht in Kategorie 1, 2, 3 oder 4 eingeordnet werden kann.

Verdacht auf tiefe Gewebeschäden

Ein Hautbereich mit Gewebeschäden aufgrund von Druck oder Scherkräften kann beobachtet werden. Es besteht der Verdacht, dass sich daraus ein tiefes Druckgeschwür entwickeln könnte, was aber noch nicht der Fall ist. Die Haut an der Druckverletzung ist typischerweise violett oder rötlich-braun verfärbt und kann hämorrhagische (blutgefüllte) Blasen aufweisen. Hämatome weisen ebenfalls auf tiefe Gewebeschäden hin. Es kann schmerzhaft und ödematös (geschwollen) sein. Es kann entweder wärmer oder kälter sein als das umgebende Gewebe.

Nicht klassifizierbares Druckgeschwür

Es wird ein vollständiger Verlust von Hautschichten beobachtet und die tatsächliche Tiefe der Wunde ist aufgrund von Schorf (gelb, hellbraun, grau, grün oder braun) und/oder Schorf (hellbraun, braun, schwarz) am Wundgrund nicht sichtbar. Es ist nicht möglich festzustellen, ob es sich um eine Wunde der Kategorie 3 oder 4 handelt, bis genügend Schorf und/oder Schorf entfernt wurde, um den Wundgrund freizulegen.

Bevor ein Dekubitus auftritt, gibt es Anzeichen dafür, dass er sich entwickelt, auch Druckstellen genannt. Außerdem können Scherkräfte zu einer schnelleren Entwicklung von Druckgeschwüren beitragen.

Druckstellen

Intakte Haut mit Rötung, die sich verfärbt oder verblasst, wenn man mit dem Finger auf die Stelle drückt (Kapillarreaktion). Meistens über einem hervorstehenden Knochen. Bei Menschen mit brauner und schwarzer Haut kann es schwierig sein, die Rötung zu erkennen. Hier muss beobachtet werden, ob es Bereiche auf der Haut um prominente Knochen gibt, die eine andere Farbe haben als die übrige Haut der Umgebung.

Scherung

Scherung ist eine Belastung, die durch Druck entsteht, wenn die Haut und das darunter liegende Gewebe seitlich gegeneinander verschoben werden. Dies führt zu einer Schädigung des Gewebes und der Blutgefäße. Dies bedeutet, dass weniger Druck erforderlich ist, um die Blutzufuhr zu dem geschädigten Bereich zu verringern. Daher treten Druckschäden an Gewebe, das einer Scherung ausgesetzt ist, schneller auf. Scherung tritt auf, wenn der Körper bewegt wird, ohne von der Oberfläche abgehoben zu werden. Dies kann z. B. passieren, wenn eine Person mit angehobenem Kopfteil sitzt und zum Fußende des Bettes hin abrutscht.

Risikofaktoren	Rückenlage	Seitliche Position	Bauchlage	Sitzend	Dekubitus Klassifizierung	Zusätzliche Klassifizierungen	Risikobewertung	Beispiel für den Einsatz
----------------	------------	--------------------	-----------	---------	---------------------------	-------------------------------	-----------------	--------------------------

BRADEN SCALE

PUNKTZAHL FÜR DIE RISIKOBEWERTUNG VON DRUCKGESCHWÜREN

Sensorische Wahrnehmung Fähigkeit, sinnvoll auf druckbedingtes Unbehagen zu reagieren	Vollständig eingeschränkt = 1 Keine Reaktion auf Schmerzreize aufgrund einer Bewusstseinsstörung ODER einer eingeschränkten Fähigkeit, Schmerzen zu empfinden	Sehr eingeschränkt = 2 Reagiert nur auf schmerzhaft Reize. Kann Unbehagen nur durch Beschwerden oder Unruhe mitteilen	Etwas eingeschränkt = 3 Reagiert auf verbale Befehle. Kann Unbehagen nicht immer mitteilen. Hat eine beeinträchtigte Sinneswahrnehmung	Keine Beeinträchtigung = 4 Reagiert auf verbale Befehle. Kann Schmerz oder Unbehagen empfinden und ausdrücken
Feuchtigkeit Das Ausmaß, in dem die Haut der Feuchtigkeit ausgesetzt ist	Konstante Feuchtigkeit = 1 Die Haut ist fast ständig feucht, z. B. durch Schweiß oder Urin	Viel Feuchtigkeit = 2 Die Haut ist oft, aber nicht immer, feucht. Die Wäsche muss mindestens einmal pro Schicht gewechselt werden	Gelegentliche Feuchtigkeit = 3 Die Haut ist manchmal feucht. Die Bettwäsche muss mindestens einmal am Tag gewechselt werden	Seltene Feuchtigkeit = 4 Die Haut ist in der Regel trocken. Die Wäsche muss nur routinemäßig gewechselt werden
Aktivität Grad der körperlichen Aktivität	Bettlägerig = 1 Bettlägerig	Überwiegend sitzend = 2 Kann sein eigenes Gewicht nicht tragen und muss in einen Stuhl oder Rollstuhl gesetzt werden	Gelegentliches Gehen = 3 Geht sehr kurze Strecken, mit oder ohne Hilfe. Liegt meist im Bett oder sitzt im Stuhl	Geht häufig = 4 Geht selbstständig und ist tagsüber mindestens alle zwei Stunden auf den Beinen
Mobilität Fähigkeit zur Veränderung und Kontrolle der Position	Vollständig immobil = 1 Verändert seine Position überhaupt nicht ohne Hilfe	Sehr eingeschränkt = 2 Verändert manchmal leicht die Position. Im Wesentlichen nicht in der Lage, die Position ohne Hilfe zu verändern	Geringfügig eingeschränkt = 3 Wechselt häufig, aber nur leicht, die Position ohne Hilfe	Keine Einschränkung = 4 Verändert seine Position im Wesentlichen ohne Hilfe
Ernährung Typisches Essverhalten	Sehr schlecht = 1 Er nimmt nie eine vollständige Mahlzeit zu sich ODER ist länger als fünf Tage nüchtern oder wird nur parenteral ernährt	Wahrscheinlich nicht ausreichend = 3 Nimmt selten eine vollständige Mahlzeit zu sich. Verringerter Flüssigkeits- und Proteinconsum	Angemessen = 3 Isst in der Regel zu allen Mahlzeiten. Wird z. B. durch Nahrungsergänzungsmittel oder eine Ernährungssonde ergänzt	Ausgezeichnet = 4 Isst das meiste von jeder Mahlzeit. Lässt nie eine Mahlzeit aus. Benötigt keine Nahrungsergänzungsmittel
Reibung und Scherkräfte	Problem = 1 Benötigt Hilfe bei den Bewegungen. Heben ohne Reibung am Laken ist unmöglich. Rutscht oft im Bett und im Stuhl nach unten	Potenzielles Problem = 2 Bewegt sich ein wenig, möglicherweise mit Hilfe. Hebt sich mit einem gewissen Grad an Reibung gegen das Laken. Rutscht gelegentlich im Bett und im Stuhl nach unten	Kein erkennbares Problem = 3 Bewegt sich ohne Hilfe. Kann sich selbstständig vom Laken lösen. Behält eine gute Position im Bett oder Stuhl bei	5– 9 Punkte = Besonders hohes Risiko 10–12 Punkte = Hohes Risiko 13–14 Punkte = Mittleres Risiko 15–18 Punkte = Geringes Risiko 19–23 Punkte = Kein Risiko
In jeder Kategorie wird eine Punktzahl zwischen 1-4 vergeben (1-3 in der letzten Kategorie). Die Punkte aus jeder Kategorie (Sinneswahrnehmung, Feuchtigkeit, Aktivität, Mobilität, Ernährung sowie Reibung und Scherkräfte) werden zusammengezählt. Die Gesamtpunktzahl ergibt das Dekubitusrisiko.				

BEISPIELE FÜR DIE VERWENDUNG VON LEVABO LAGERUNGSKISSEN



Das Seat All Steißbein-Sitzkissen sorgt für eine vollständige Entlastung von Steißbein und Anus, z. B. bei Beschwerden im Zusammenhang mit Strahlentherapie, Steißbeinschmerzen, Rektumprolaps oder Hämorrhoiden. Das Sitzkissen sorgt für eine effiziente und gleichmäßige Druckverteilung und entlastet die Sitzbeinhöcker und das Kreuzbein. Das Sitzkissen kann sowohl im Rollstuhl als auch im normalen Stuhl verwendet werden. Das Sitzkissen passt in einen Rollstuhl der Standardgröße (42 x 42 cm).



Die All Up Universal Lagerungskissen sind multifunktional und sorgen für eine effektive und gleichmäßige Druckverteilung für bettlägerige Patienten. Die Lagerungskissen können zum Beispiel hinter dem Rücken, zwischen den Beinen und unter dem Gesäß verwendet werden, um das Steißbein, das Kreuzbein und die Sitzbeinhöcker zu entlasten, wenn der Patient mit angehobenem Kopfteil und angewinkelten Knien im Bett liegt. Das Kissen kann in der Hälfte gefaltet werden, so dass es höher wird, und zwischen die Beine gelegt werden, wenn der Patient auf der Seite liegt und die Füße leicht versetzt sind.



Heel Up Fix Medium Fersenhilfer zur Druckentlastung der Ferse bei bettlägerigen Patienten. Geeignet für Patienten mit kurzen Unterschenkeln (> 39 cm). Hat der Patient längere Unterschenkel oder ist sein Fuß länger als 30 cm, wird empfohlen, Heel Up Fix Long oder Heel Up Fix Max zu verwenden, die auch für bariatrische Patienten geeignet sind. Das breite Band sorgt dafür, dass der Fersenhilfer auch dann richtig sitzt, wenn sich der Benutzer im Bett bewegt. Besonders geeignet für unruhige Menschen.

Die druckentlastenden Kissen von Levabo wurden in Zusammenarbeit mit dänischen Wundschwestern entwickelt und sorgen für optimalen Komfort und Hygiene bei der Behandlung und Vorbeugung von Druckgeschwüren.

Die Kissen sind aufblasbar und mit Vliesstoff bezogen, einem hautfreundlichen Material, das Feuchtigkeit absorbiert, Wärme transportiert und weich und bequem ist.

Die Kissen können über einen längeren Zeitraum von demselben Patienten verwendet werden. Sie können bei ca. 30 Grad warmem Wasser abgespült werden - oder mit einem feuchten Tuch oder einem geeigneten Desinfektionsmittel abgewischt werden. Die Kissen können so lange verwendet werden, bis der Filz, der die Haut berührt, abgenutzt ist. Dann sollten sie entsorgt werden.

Die Kissen sind bei der Lieferung nicht aufgeblasen und nehmen daher nur sehr wenig Platz in Anspruch. Das macht es einfach, sie im Depot zu haben oder sie zum Patienten zu bringen.

Gebrauchsanweisung:

- Das Kissen wird aufgefalt und die Pumpe in das selbstschließende Ventil eingeführt
- Das Kissen wird aufgeblasen, bis das umgebende Stopp-Papierband reißt. Wenn der von Ihnen gewählte Kissentyp kein Stoppband aufweist, so liegt das daran, dass es für Sie sicherer ist, nach Ihrem fachlichen Urteil zu beurteilen, wann genug Luft im Kissen vorhanden ist. Es sollte etwa zu $\frac{3}{4}$ aufgepumpt sein, damit es noch weich und nachgiebig ist.
- Die Pumpe wird entfernt und das Kissen ist nun einsatzbereit
- Der Patient wird in die gewünschte Position gebracht, und das Kissen wird dort platziert, wo eine Druckentlastung benötigt wird.
- Es wird kontrolliert, dass der Patient ca. 1 $\frac{1}{2}$ Finger breit über die Oberfläche gehoben wird. Denken Sie daran, dies mindestens einmal täglich zu überprüfen, oder wenn Sie den Benutzer ohnehin bewegen
- Das Kissen kann wieder aufgeblasen werden, wenn es Luft verloren hat. Wenn das Kissen zu stark aufgeblasen ist, kann der Luftdruck mit dem mitgelieferten Adapter angepasst werden.

REFERENZEN

Bergstrom, N., Braden, B. J., Laguzza, A., Holman, V., 1987. The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. Nursing Research, 36, s. 205–210.

Bermark, S., 2017. Sår og sårbehandling. FADL.

Bermark, S., Melby, B. Ø., 2014. Tryksår, 1. udgave. Munksgaard, København.

European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP), Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA), 2019. Forebyggelse og behandling af tryksår/trykskader. Vigtigste uddrag af retningslinjen.

Knygde Hansen, B., Dam Schmidt, R., 2011. 11. Mobilitet og immobilitet, i: Suhr, L.K., Winther, B. (Red.), Basisbog i sygepleje - Krop og velvære. Munksgaard Danmark, København, s. 311-344.

Lindholm, C., Sommer, C., Fremmelevholm, A., 2018. De fleste tryksår kan forebygges. Fag & Forskning, Sygeplejersken, 2018, s. 22–35.



Heel Up



All Up



Seat All

ato form^{gmbh®}
...mehr Lust am Leben

LEVABO[®]

Telefon: 06093 944-0
E-Mail: info@ato-form.com
www.ato-form.com

Stop Dekubitus, blaues Heft DE PB 220826.V1