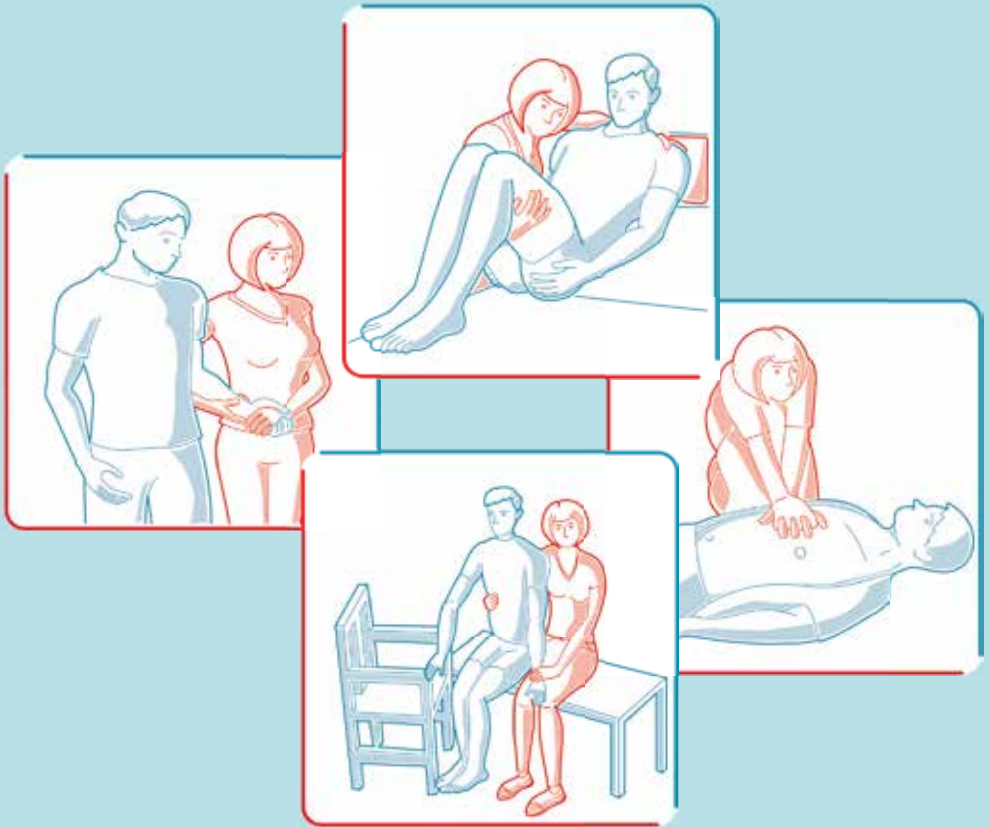


Podręcznik opiekunki

Wersja dwujęzyczna



Podręcznik opiekunki

Wersja dwujęzyczna



Opracowanie:

Bartosz Buczacki

Tłumaczenie z języka niemieckiego:

Centrum Tłumaczeń i Ubezpieczeń GRAND

Redakcja i korekta tekstów niemieckojęzycznych:

Adam Galamaga

Ilustracje:

Przemysław Gast

Współpraca:

Senevende24 e.K

Skład DTP:

Studio Grafpa, www.grafpa.pl

ISBN: 978-83-63213-44-2

Spis treści

Podziękowania	7
1. Pielęgnacja ciała	9
1. Ogólne informacje na temat pielęgnacji ciała	9
2. Mycie całego ciała w łóżku	10
3. Mycie całego ciała przy umywalce	12
4. Pielęgnacja intymna	14
5. Pielęgnacja jamy ustnej	15
6. Kąpiele i prysznic	17
2. Mobilność	22
1. Ogólne informacje na temat mobilności	22
2. Wsparcie przy chodzeniu	24
2.1. Opiekun idzie przed podopiecznym	25
2.2. Opiekun idzie za podopiecznym	25
2.3. Opiekun idzie obok podopiecznego	25
2.4. Chodzenie przy pomocy chodzika (laska, czwórnoóg, chodzik trójkątowy, chodzik czterokołowy)	26
3. Przemieszczanie (unoszenie do pozycji siedzącej, pomoc przy siadaniu, przesadzanie)	27
3.1. Unoszenie w łóżku do pozycji siedzącej/sadzanie na krawędzi łóżka	28
3.2. Sadzanie na krawędzi łóżka dla pacjentów po udarze mózgu	30
3.3. Przemieszczenie z pozycji siedzącej do stojącej (z podtrzymaniem przedramienia)	32
3.4. Unoszenie w łóżku do pozycji siedzącej (sadzanie)	33
3.5. Przemieszczenie z krawędzi łóżka na krzesło	34
3.6. Przemieszczanie z krawędzi łóżka na krzesło (wózek inwalidzki) dla pacjentów po udarze mózgu	36
4. Zmiana pozycji ciała w pozycji leżącej	38
4.1. Nachylenie 30 stopni	39
5. Zmiana pościeli w łóżku pacjenta obłożnie chorego	41

3. Postępowanie z pacjentami cierpiącymi na demencję	43
4. Zasady higieny w kontakcie z żywnością	47
5. Pierwsza pomoc	50
1. Wzywanie pomocy	50
2. Pacjent leży w bezruchu – kontrola stanu świadomości	50
3. Pozycja boczna ustalona	51
4. Zatrzymanie krążenia (masaż serca)	53
5. Zawał serca	54
6. Udar	55
7. Oparzenie	55
8. Rany	56

Podziękowania

Dziękujemy z całego serca za Zaufanie do naszej firmy i wierzymy, że nasza współpraca będzie owocna dla każdej ze stron. Jesteśmy w pełni świadomi, że praca w charakterze Opiekuna/Opiekunki wymaga dużego zaangażowania i poświęcenia. To dzięki Wam tysiące niemieckich podopiecznych może z godnością spędzać jesień swojego życia. Wasza praca ma głęboki sens i przynosi wiele dobrego. Dziękujemy Wam za to i zachęcamy do dalszego kształcenia.

W przygotowanym przez nas Podręczniku Opiekunki znajdziecie wiele wskazówek i porad dotyczących głównych zagadnień opieki. Znajdziecie tutaj informacje na temat ogólnej pielęgnacji ciała, standardy technik mobilizacyjnych i technik pierwszej pomocy wraz z pomocnymi ilustracjami, zasady higienicznego obchodzenia się z żywnością i porady dotyczące komunikacji z osobami starszymi dotkniętymi demencją. Podręcznik Opiekunki nie jest podręcznikiem nauki języka, chociaż osoby z lepszą znajomością niemieckiego mogą skorzystać z niego i w tym aspekcie, czytając wersję niemieckojęzyczną i porównując ją w razie konieczności do wersji polskojęzycznej. Niezależnie od tego w przyszłości planujemy wydanie osobnego podręcznika przeznaczonego wyłącznie do nauki języka niemieckiego i uwzględniającego słownictwo i zwroty przydatne w pracy w charakterze Opiekuna/ Opiekunki.

Niniejsze materiały zostały przygotowane wraz z naszą partnerską firmą w Niemczech senevende24 e.K. i są przeznaczone wyłącznie na użytek wewnętrzny naszych opiekunek. Zawartość materiałów jest chroniona prawem autorskim. Wszelkie powielanie informacji lub danych, w tym w szczególności wykorzystywanie tekstów lub ich fragmentów oraz zdjęć, wymaga uprzedniej pisemnej zgody obu firm.

Prezes Active Care Sp z o.o.
Bartosz Buczacki

1. Pielęgnacja ciała

1. Ogólne informacje na temat pielęgnacji ciała

▶ Znaczenie

- Pielęgnacja ciała jest ważną częścią podstawowej opieki nad pacjentem. Wpływa ona na istotne dziedziny życia, np.:
 - dobre samopoczucie i zdrowie chorych (zapobieganie nadmiernemu namnażaniu się mikroorganizmów na skórze, znaczna poprawa wydolności krążenia krwi i odporności skóry),
 - komunikacja (wzmocnienie więzi pomiędzy pacjentem a opiekunem; pacjentowi poświęca się dodatkową uwagę poprzez kontakt fizyczny),
 - mobilność (mobilizując pacjenta do wykonywania w miarę możliwości samodzielnej pielęgnacji ciała, wspiera się jego mobilność).

▶ Właściwy czas i zakres pielęgnacji ciała

- Kompletna pielęgnacja ciała odbywa się zasadniczo rano przed śniadaniem. Jeśli tak nie jest, pacjent powinien mieć przynajmniej możliwość umycia twarzy, rąk i zębów. Dalsze zabiegi pielęgnacyjne mogą być przeprowadzone w późniejszym czasie.
- Podopieczny powinien sam decydować, w jakim stopniu i z jaką częstotliwością odbywają się zabiegi pielęgnacyjne. Nigdy nie należy go zmuszać.

- ▶ Ważne zasady pielęgnacji ciała
 - Pacjent powinien być zawsze informowany o planowanym zabiegu lub czynności.
 - Przed rozpoczęciem higieny ciała pacjenta opiekun musi wykonać odpowiednie zabiegi higieny osobistej (umyć ręce, zdjąć biżuterię itp.).
 - Takt i empatia są niezbędne podczas pielęgnacji. Wykonując pielęgnację ciała, opiekun dotyka fizycznej i emocjonalnej strefy intymnej pacjenta. Musi zatem unikać wszelkiej nie-delikatności oraz każdego nieprzemysłanego słowa. Należy chronić pacjentów przed wystawianiem na widok innych osób.
 - Należy zawsze zapewnić odpowiednią temperaturę pomieszczenia.
 - Życzenia i zwyczaje pacjenta winny być zawsze brane pod uwagę.
 - Należy w miarę możliwości przestrzegać ustalonej kolejności czynności pielęgnacyjnych, jednak opiekun nie jest do niej zobowiązany.
 - Podczas pielęgnacji wdraża się zasadę aktywacji: podopieczny powinien możliwie jak największą ilość czynności pielęgnacyjnych wykonywać samodzielnie.

2. Mycie całego ciała w łóżku

- ▶ Potrzebne będą:
 - 1–2 miski,
 - 2 ściereczki,
 - 3 ręczniki (jeden jako podkład),
 - rękawiczki,
 - pościel (jeżeli trzeba będzie zmienić),

- kosmetyki osobiste i produkty do pielęgnacji,
- grzebień lub szczotka,
- miejsce na odpadki.

▶ Przygotowanie:

- Zamknij okna i drzwi.
- Zadbaj o odpowiednią temperaturę w pomieszczeniu (co najmniej 22°C).
- Przygotuj wodę i niezbędne materiały.
- Poinformuj podopiecznego, że wykonacie teraz pielęgnację ciała.
- Przed rozpoczęciem umyj ręce.
- Usuń elementy pomocnicze służące do pozycjonowania chorego.

▶ Przebieg:

- Ułóż podopiecznego wygodnie na plecach.
- Podnieś oparcie łóżka (jeśli to możliwe).
- Zdejmij podopiecznemu koszulę nocną lub piżamę i przykryj tułów ręcznikiem.
- Przy pomocy ręcznika lub podkładu zabezpiecz łóżko przed zmoczeniem.
- Umyj twarz czystą wodą bez dodatku środków myjących – najpierw oczy (od zewnętrznego do wewnętrznego kącika), następnie nos, kąciki ust, uszy i obszar za nimi.
- Dodaj środek do mycia.
- Włóż podkład pod ramię.
- Umyj rękę od nadgarstka przez ramię do pachy (zawsze w kierunku serca), a następnie dokładnie wysusz.
- Dobrze wysusz ręce i sprawdź stan paznokci (jeśli są brudne, opiekunka może je od razu wyczyścić; pielęgnacją paznokci można również zająć się później).
- Umyj i wysusz okolice brzucha.

- Unieś pacjenta do pozycji siedzącej.
 - Umyj i wysusz plecy.
 - Załóż pacjentowi piżamę.
 - Zdejmij garderobę z dolnej części ciała i przykryj ręcznikiem.
 - Umyj nogi w taki sam sposób, jak zostały umyte ręce.
 - Dokładnie umyj stopy, szczególnie w miejscach, gdzie istnieje ryzyko zakażeń grzybiczych.
 - Umyj intymne części ciała przy pomocy świeżej ściereczki.
 - Obróć pacjenta i wmyj okolicę odbytu.
 - Załóż pacjentowi majtki i spodnie od piżamy.
- ▶ Etap końcowy
- Posadź pacjenta i zajmij się higieną jamy ustnej, jeżeli do tej pory jeszcze jej nie wykonano, następnie ułóż włosy zgodnie z życzeniem.

3. Mycie całego ciała przy umywalce

- ▶ Potrzebne będą:
- 2 ściereczki,
 - 3 ręczniki (jeden jako podkład),
 - rękawiczki,
 - kosmetyki i produkty do pielęgnacji ciała,
 - miejsce na odpadki.
- ▶ Przygotowanie:
- Przygotuj łazienkę – zamknij okna i drzwi.
 - Zadbaj o odpowiednią temperaturę w pomieszczeniu.
 - Przygotuj wszystkie przybory.
 - Poinformuj podopiecznego, że wykonacie teraz pielęgnację ciała.
 - Zaprowadź podopiecznego do umywalki.

► Przebieg

(Poniższe punkty dotyczą podopiecznych, którzy nie są w stanie samodzielnie się myć lub mogą to zrobić tylko w bardzo ograniczonym zakresie. Jeśli podopieczny sobie tego życzy i jest to uzasadnione, może zostać sam przy umywalce.)

- Pozycja pacjenta na siedząco
 - Wykonaj higienę jamy ustnej.
 - Umyj twarz wodą bez dodatku mydła – najpierw oczy (od zewnętrznego do wewnętrznego kącika), następnie nos, kąciki ust, uszy i okolice za nimi.
 - Starannie osusz wszystkie obszary skóry twarzy.
 - Twarz starannie nasmaruj kremem.
 - Zdejmij piżamę i przykryj plecy ręcznikiem.
 - Umyj i wysusz dłonie i całe ręce.
 - Umyj górną część ciała i brzuch.
 - Umyj plecy w kierunku stóp (jeżeli podopieczny myje się sam, zaproponuj mu pomoc przy myciu pleców).
 - Załóż ubranie na tułów.

- Pozycja pacjenta na stojąco z lekko rozłożonymi nogami
 - Umyj pachwiny i okolice narządów płciowych oraz dokładnie osusz (szczególnie w fałdach skóry okolic intymnych łatwo dochodzi do stanów zapalnych).
 - Umyj pośladki i dobrze osusz.
 - Umyj nogi i stopy w kierunku serca oraz osusz (można to zrobić również w pozycji siedzącej – dobrym rozwiązaniem jest kąpiel stóp w misce z ciepłą wodą).
 - W zależności od potrzeb wykonaj zabieg pielęgnacyjny paznokci.
 - Załóż odzież na dolną część ciała.

- ▶ Etap końcowy
 - Odprowadź podopiecznego do pokoju.
 - Posprzątaj łazienkę.

4. Pielęgnacja intymna

- ▶ Zasady ogólne:
 - Pielęgnację okolic intymnych powinien w miarę możliwości wykonywać sam pacjent. Jeśli to niemożliwe, powinien zająć się tym pracownik opieki domowej lub ambulatoryjnej. W takim przypadku należy wykazać takt i empatię.
 - Podczas mycia okolic intymnych korzysta się z bieżącej wody oraz wymienia ręcznik i ściereczki do mycia. Najpóźniej w tej chwili opiekun musi założyć jednorazowe rękawiczki.
- ▶ Procedura 1 (dla kobiet)
 - Umyj zewnętrzne wargi sromowe, rozłóż je, ostrożnie przetrzyj część wewnętrzną i osusz.
 - Najpierw umyj pośladki, następnie okolice odbytu od pochwy do pośladków i osusz (od przodu do tyłu).
 - Załóż bieliznę.
- ▶ Procedura 2 (dla mężczyzn)
 - Aby umyć penisa, zsuń napletek z żółędzi i usuń nagromadzone osady. Następnie nasuń napletek z powrotem.
 - Podnieś jądra i dobrze je umyj, osusz wszystkie fałdy skórne.
 - Umyj pośladki tak jak u kobiety – od przodu do tyłu, następnie osusz je.
 - Załóż bieliznę.

5. Pielęgnacja jamy ustnej

▶ Zasady ogólne:

- Pielęgnacja zębów i jamy ustnej wpływa na poprawę samopoczucia pacjenta i jest środkiem zapobiegawczym w przypadku różnych chorób. Regularna higiena jamy ustnej pozwala na usunięcie bakterii, płytki nazębnej i resztek jedzenia oraz poprawia krążenie krwi w dziąsłach.
- Pielęgnacja jamy ustnej może być wykonywana w łóżku lub przed umywalką.
- Wraz z wiekiem higiena jamy ustnej staje się coraz bardziej problematyczna. Wielu seniorów zapomina o szczotkowaniu zębów, traci motywację lub nie jest w stanie używać szczoteczki do zębów.
- W miarę możliwości higienę jamy ustnej należy wykonywać przed umywalką. Jeśli senior nie może opuścić łóżka, unieś jego tułów do pozycji siedzącej.
- Przejmujemy wykonanie kompletnej higieny jamy ustnej tylko wtedy, gdy pacjent nie jest w stanie wykonać jej samodzielnie przy naszej pomocy.

▶ Potrzebne będą:

- ręcznik jako podkład,
- kubek z płynem do płukania jamy ustnej,
- szczoteczka do zębów, pasta do zębów,
- mała miseczka do wypluwania (gdy higiena jamy ustnej jest wykonywana w łóżku),
- słomka (jeśli podopieczny nie może pić samodzielnie z kubka),
- pojemnik na protezę (jeśli pacjent korzysta z protezy),
- szminka ochronna (jeśli pacjent ma suche usta).

- ▶ Przygotowanie:
 - Poinformuj podopiecznego, że zajmiecie się teraz higieną jamy ustnej.
 - Przygotuj wszystkie przybory.
 - Załóż rękawiczki.

- ▶ Przebieg:
 - Pomóż pacjentowi usiąść.
 - Włóż ręcznik pod podbródek.
 - Weź do ręki miskę nerkę (jeśli higiena jamy ustnej jest wykonywana w łóżku) i rozpocznij czyszczenie zębów.
 - Powierzchnie zewnętrzne:
 - Zawsze szczotkuj powierzchnie zewnętrzne „od czerwonego do białego” (czerwony = dziąsło, biały = zęby). Na linii dziąseł tworzy się szczególnie duża ilość płytki nazębnej. Ustawiaj w tym miejscu szczotkę pod kątem 45 stopni i wykonuj nieznaczne ruchy wymiatające. Zacznij od lewej strony szczęki i czyść, przesuając się w prawo.
 - Powierzchnie wewnętrzne:
 - Czyść powierzchnie wewnętrzne, wykonując drobne okrężne ruchy wymiatające. W trudno dostępnych miejscach, np. po wewnętrznej stronie przednich zębów, szczoteczkę możesz prowadzić również wzdłuż zębów.
 - Powierzchnia żująca: czyść powierzchnie żujące okrężnymi ruchami wymiatającymi. Tutaj również zacznij po lewej stronie szczęki i czyść, przesuając się w prawo.

- ▶ Etap końcowy
 - Poproś podopiecznego o kilkakrotne przepłukanie ust i wypłucie zawartości do nerki lub umywalki.
 - Poproś o wytarcie ust.
 - W razie potrzeby użyj pomadki pielęgnacyjnej do ust.

Pielęgnacja jamy ustnej osoby korzystającej z protezy

- ▶ Zasady ogólne:
 - Pielęgnacja protetyczna powinna być wykonywana co najmniej dwa do trzech razy dziennie i należy ją połączyć z ogólną pielęgnacją jamy ustnej.
 - Jeśli podopieczny jest w stanie samodzielnie oczyścić swoją protezę, nie należy go wyręczać.
 - Protezę myje się pod bieżącą wodą przy pomocy szczoteczki do zębów i pasty.
 - Aby uniknąć uszkodzenia protezy w wyniku jej upuszczenia, umywalkę należy napełnić wodą, a czyszczenie wykonywać wyłącznie w głębi umywalki.
 - Protezę można przechowywać przez noc w pojemniku, do którego dodaje się tabletkę czyszczącą.

6. Kąpiele i prysznic

- ▶ Zasady ogólne:
 - Kąpiele i prysznic stanowią ważne czynności pielęgnacyjne i terapeutyczne, które poprawiają samopoczucie pacjenta.
 - Prysznic jest doskonałym środkiem mobilizującym do wykonywania samodzielnej pielęgnacji. Jest również łagodniejszy dla skóry i nie obciąża układu krążenia tak jak kąpiel. Naprzemienne prysznice (ciepła i zimna woda na zmianę) szczególnie sprzyjają poprawie krążenia.
 - Kąpiel działa uspokajająco i relaksująco, gdy temperatura wody wynosi 36–38°C. Stosowanie dodatków do kąpieleli ma szczególnie korzystne działanie. Zbyt długa kąpiel (ponad 15 minut) i zbyt wysoka temperatura (ponad 38°C)

wysuszają skórę i wpływają negatywnie na krążenie. Pełna kąpiel nie powinna być wykonywana po jedzeniu.

- Kąpiel lub prysznic związane są z ryzykiem wypadku, dlatego ważne jest – nawet w przypadku osób samodzielnych – aby w pobliżu zawsze znajdował się opiekun lub inna osoba.

Branie prysznic

- ▶ Potrzebne będą:
 - dwie świeże ściereczki i oddzielne ściereczki do mycia narządów płciowych i odbytu,
 - dwa do trzech ręczników, jeden ręcznik kąpielowy,
 - środki: mydło, płyn do mycia,
 - szampon, grzebień i szczotka do włosów,
 - krem do skóry lub balsam do ciała,
 - suszarka do włosów (powinna być przechowywana poza strefą moką).
- ▶ Środki pomocnicze (w zależności od potrzeb):
 - uchwyty na ścianach,
 - plastikowe krzesło w wannie,
 - folie zabezpieczające przed wodą (umożliwiają bezproblemowe kąpiele i korzystanie z prysznic nawet w przypadku założonego gipsu, bandażu czy też występowania chorób skóry).
- ▶ Przygotowanie:
 - Poinformuj podopiecznego, że pomożesz mu wziąć prysznic.
 - Przygotuj łazienkę – zamknij okno i drzwi.
 - Zadbaj o odpowiednią temperaturę w pomieszczeniu (w chłodnych łazienkach zaleca się zastosowanie grzejnika promiennikowego).
 - Przygotuj wszystkie przybory.

- Na dzień wanny ułóż antypoślizgową podkładkę.
 - Umyj ręce.
- ▶ Przebieg:
- W razie potrzeby pomóż pacjentowi powoli wstać i odprowadź go do łazienki.
 - Rozbierz pacjenta i pomóż mu usiąść na krześle pod prysznicem.
 - Opróżnij przetoki (moczową i jelitową), jeżeli są stosowane.
 - Umyj twarz, szyję i uszy.
 - Umyj ręce i dłonie.
 - Umyj klatkę piersiową, brzuch i plecy.
 - Okryj tułów.
 - Umyj nogi.
 - Unieś podopiecznego do pozycji stojącej i upewnij się, że pozycja ta jest bezpieczna.
 - Nową ściereczką umyj okolice narządów płciowych i pośladków.
 - Ubierz pacjenta w szlafrok i odprowadź go do pokoju.
- ▶ Etap końcowy:
- Ubierz pacjenta w pokoju.
 - W razie potrzeby nałóż krem i wysusz włosy.
 - Posprzątaj łazienkę.

Kąpiel

- ▶ Potrzebne będą:
- dwie świeże ściereczki do mycia osobno narządów płciowych i odbytu,
 - dwa do trzech ręczników, jeden ręcznik kąpielowy,
 - środki myjące: mydło, płyn do kąpieli,

- szampon, grzebień i szczotka do włosów,
 - krem do skóry lub balsam do ciała,
 - suszarka do włosów (powinna być przechowywana poza strefą moką).
- ▶ Środki pomocnicze (w zależności od potrzeb):
- siedzisko wannowe oraz podnośnik wannowy,
 - maty antypoślizgowe,
 - uchwyty,
 - demontowalne siedzisko wannowe.
- ▶ Przygotowanie
- Poinformuj podopiecznego, że pomożesz mu się wykąpać.
 - Przygotuj łazienkę – zamknij okno i drzwi.
 - Zadbaj o odpowiednią temperaturę w pomieszczeniu (w chłodnych łazienkach zaleca się zastosowanie grzejnika promiennikowego).
 - Przygotuj wszystkie przybory.
 - Na dnie wanny umieść antypoślizgową podkładkę.
 - Umyj ręce.
- ▶ Przebieg:
- Napuścić wody do wanny i użyj środka do kąpieli zgodnie z zaleceniem lub życzeniem.
 - W razie potrzeby podeprzyj pacjenta, kiedy powoli będzie wstawał, następnie odprowadzić go do łazienki.
 - Rozbierz pacjenta i pomóż mu usiąść na taborecie obok wanny (w miarę możliwości na wysokości wanny).
 - Opróżnij przetoki (moczową i jelitową), jeżeli są stosowane.
 - Unieś nogi podopiecznego ponad krawędzią wanny i przesuń pacjenta poślawkami na brzeg wanny (lub pozwól, aby wykonał te czynności samodzielnie).

- Teraz poproś, aby zsunął się do wody.
 - Umyj twarz, szyję i uszy.
 - Umyj ręce i dłonie.
 - Umyj klatkę piersiową, brzuch i plecy.
 - Okryj tułów.
 - Umyj nogi.
 - Posadź podopiecznego z powrotem na krawędzi wanny, a następnie pomóż mu przesiąść się na taboret.
 - Połóż duży ręcznik na ramiona, a mniejszego użyj do wytarcia włosów.
- ▶ Etap końcowy
- Ubierz podopiecznego w pokoju.
 - Nasmaruj kremem i ubierz.
 - W razie potrzeby wysusz włosy suszarką.
 - Posprzątaj.

2. Mobilność

1. Ogólne informacje na temat mobilności

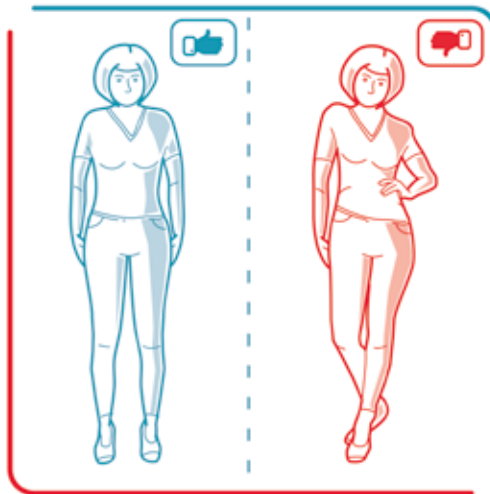
- ▶ Definicja
 - Mobilność: *„Ruch człowieka wykonywany w celu przemieszczenia się lub zmiany pozycji ciała. Zmiany pozycji i przemieszczanie się obejmują: zmiany pozycji podczas leżenia lub siedzenia, wstawania i przesiadania się oraz chodzenia z pomocą lub bez pomocy” (DNQP 2014).*

- ▶ Znaczenie
 - Mobilność odgrywa bardzo ważną rolę w zapewnieniu wysokiej jakości życia, utrzymania zdrowia i profilaktyki zdrowotnej. Ograniczenie mobilności odbija się na prawie wszystkich dziedzinach życia człowieka takich jak zdolność chodzenia, powstawanie odleżyn, zakrzepica itp.

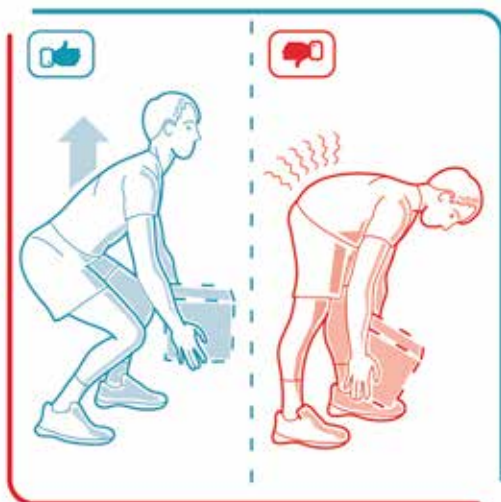
- ▶ Jak poprawiać mobilność? (metody pracy przyjazne dla pleców)
 - Przy mobilizowaniu pacjentów ważne jest przyjęcie prawidłowej postawy i wykonywanie funkcjonalnych, biomechanicznych sekwencji ruchowych. W przeciwnym razie u opiekuna może wystąpić ból pleców i uszkodzenie krążków międzykręgowych, co może mieć poważne konsekwencje zdrowotne i motoryczne.

- ▶ Wytyczne dotyczące pracy przyjaznej dla pleców:
 - obuwie antypoślizgowe, które zapewnia podparcie z każdej strony,

- wysokość tóżka odpowiada wysokości roboczej,
- w miarę możliwości wykonywanie pracy z asystentem,
- regularne, spokojne wdechy i wydechy ułatwiają podnoszenie i przenoszenie ciężarów.
- Prawidłowa pozycja wyjściowa:
 - nogi w pozycji rozkroczonej lub wykroczonej,
 - palce stóp wskazują do przodu,
 - cała podeszwa stopy ma kontakt z podłożem.



- Prawidłowe przesunięcie środka ciężkości podczas podnoszenia:
 - pewnie uchwycić ciężar, podnoś go, przytrzymując blisko ciała i powoli rozprostowując stawy stóp, kolan i bioder.
 - unikaj wykonywania skrętów kręgosłupa, gdy trzymasz ciężar; obrót wykonasz, stawiając małe kroki z wyprostowanym tułowiem.



- Wspieranie mobilności podopiecznego:
 - w zależności od stopnia ograniczenia mobilności należy wykonywać różne czynności pomocnicze. Najczęściej spotykane to: pomoc przy chodzeniu, przemieszczanie (unoszenie do pozycji siedzącej, pomoc przy siadaniu, przesadzanie), zmiana pozycji podczas leżenia.

2. Wsparcie przy chodzeniu

- ▶ Zasady ogólne:
 - Mobilizowanie podopiecznego do chodzenia służy przywróceniu i utrzymaniu mobilności, ale niesie ze sobą znaczne ryzyko upadku.
 - Ograniczmy do minimum pomoc z naszej strony oraz stosowanie środków pomocniczych.
 - Tempo chodu nadaje podopieczny.
 - Zadbajmy o to, aby podopieczny poruszał się w miarę możliwości w pozycji wyprostowanej. Środek ciężkości powinien spoczywać na stopach.

2.1. Opiekun idzie przed podopiecznym

- ▶ Zastosowanie:
 - Technika ta nadaje się tylko na bardzo krótkich odcinkach, np. od łóżka do fotela.
- ▶ Wykonanie:
 - Opiekun stoi przed pacjentem i chwytą go pod pachy lub za miednicę. Następnie opiekun porusza się do tyłu.

2.2. Opiekun idzie za podopiecznym

- ▶ Zastosowanie:
 - Technika ta jest odpowiednia dla seniorów poruszających się stabilnie i mających dobre krążenie.
- ▶ Wykonanie:
 - Opiekun stoi tuż za pacjentem. Chwyta go pod pachy i pomaga w ten sposób utrzymać pozycję wyprostowaną.

2.3 Opiekun idzie obok podopiecznego

- ▶ Zastosowanie
 - Technika ta jest odpowiednia zwłaszcza dla pacjentów, których chód jest niestabilny i/lub których krążenie jest słabe. W przypadku bardzo słabych pacjentów pomocy powinno udzielić dwóch opiekunów.
- ▶ Wykonanie:
 - Pacjent wkłada swoją dłoń w dłoń opiekuna. Druga ręka opiekuna podtrzymuje przedramię pacjenta i obejmuje jego nadgarstek.



2.4. Chodzenie przy pomocy chodzika (laska, czwóróg, chodzik trójkołowy, chodzik czterołowy)

- ▶ Zastosowanie:
 - chodzików można używać, jeżeli podopieczny porusza się w miarę bezpiecznie.
- ▶ Wykonanie:
 - Opiekun powinien być wcześniej szczegółowo poinstruowany przez krewnych w zakresie obsługi i postugiwania się chodzikiemami.

3. Przemieszczanie (unoszenie do pozycji siedzącej, pomoc przy siadaniu, przesadzanie)

► Zasady ogólne:

- Przemieszczanie podopiecznego spełnia funkcję aktywizującą i w wielu przypadkach stanowi ważny krok w procesie nauki chodzenia od nowa.
- Jeśli to możliwe, większość pracy fizycznej podczas przemieszczania powinien wykonać sam podopieczny. Zadanie opiekuna ogranicza się do instruowania pacjenta i ochrony przed upadkiem.
- Opiekun zdaje sobie sprawę z faktu, że przemieszczanie podopiecznego wiąże się ze stosunkowo wysokim ryzykiem upadku i urazu, dlatego czynność tę powinno się wykonywać ze szczególną uwagą.
- Komunikacja pomiędzy pielęgniarką a podopiecznym ma ogromne znaczenie podczas przemieszczania. Bardzo pomocne jest, kiedy opiekun zapowiada każdy ruch przed jego wykonaniem.
- Właściwy kontakt dłoni z ciałem ma decydujące znaczenie. Dłonie muszą precyzyjnie przylegać do obejmowanych powierzchni ciała.
- Należy uwzględnić indywidualne życzenia podopiecznego.
- Należy wziąć pod uwagę stan układu krążenia podopiecznego.
- Należy zastosować metody podnoszenia przyjazne dla pleców.

3.1. Unoszenie w łóżku do pozycji siedzącej/sadzanie na krawędzi łóżka

▶ Zastosowanie:

- Opisany tu sposób przemieszczania umożliwi opiekunowi uniesienie osoby starszej do pozycji siedzącej na krawędzi łóżka bez zastosowania przyrządów pomocniczych. Posażenie na krawędzi łóżka stanowi etap przygotowawczy do dalszych ruchów takich jak siadanie na krześle lub wózku inwalidzkim czy też wstawanie. W pozycji siedzącej można również dużo łatwiej wykonać pielęgnację ciała.
- W opisany sposób nie wolno przenosić pacjentów, którzy przeszli udar mózgu. Dla takich podopiecznych przewidziany jest standard „Sadzenie na krawędzi łóżka dla pacjentów po udarze mózgu”.

▶ Przygotowanie:

- Poinformuj podopiecznego, że pomożesz mu usiąść.
- Ustaw leże łóżka na wysokość roboczą.
- Zdezynfekuj dłonie.
- Usuń z łóżka wszystkie przedmioty.

▶ Przebieg:

- Podopiecznego należy przesunąć nieznacznie w kierunku zagłówek łóżka.
- Teraz należy unieść zagłówek.
- Opiekun prosi podopiecznego o zgięcie nóg i podciągnięcie pięt w kierunku pośladków.



- Opiekun podaje podopiecznemu dłoń i chwyta jego dłoń, aby własnymi siłami ustabilizować górną część ciała. Następnie obraca podopiecznego w kierunku krawędzi łóżka.



3.2. Sadzanie na krawędzi łożka dla pacjentów po udarze mózgu

▶ Zastosowanie

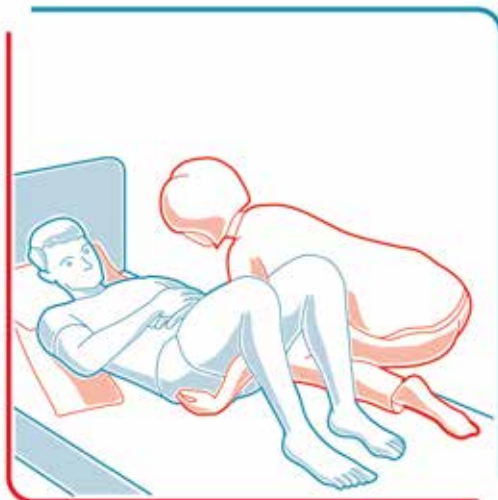
- Opisany tu sposób przenoszenia umożliwi opiekunowi posadzenie pacjenta po udarze mózgu na krawędzi łożka, obracając go po stronie ciała, która odniosła poważniejsze skutki w wyniku udaru. Posadzenie na krawędzi łożka stanowi etap przygotowawczy do dalszych ruchów takich jak siadanie na krześle lub wózku inwalidzkim czy też wstawanie. W pozycji siedzącej można również dużo łatwiej wykonać pielęgnację ciała.

▶ Przygotowanie:

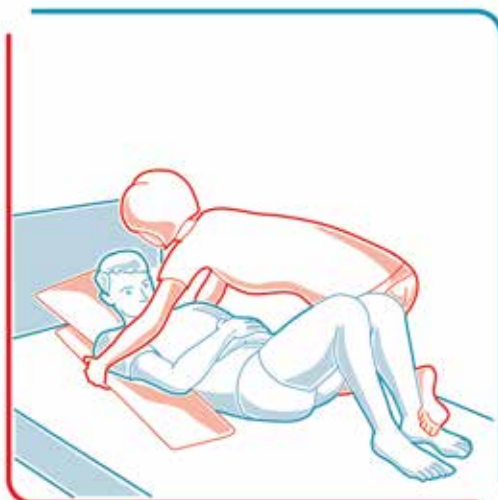
- Poinformuj podopiecznego, że pomożesz mu usiąść.
- Ustaw leże łożka na wysokość roboczą.
- Zdezynfekuj dłonie.
- Usuń z łożka wszystkie przedmioty.
- Wybierz właściwą krawędź łożka (podopiecznego należy posadzić na krawędzi łożka od strony ciała, która doznała poważniejszych skutków udaru mózgu.)

▶ Przebieg

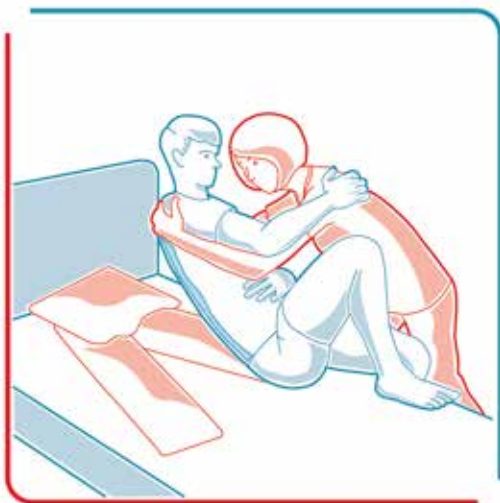
- Unieś obie nogi – przesuвай stopy w kierunku pośladków tak, aby nie opadły ani do wewnątrz, ani na zewnątrz.
- Przesuń miednicę na bok – nogę po bardziej sparaliżowanej stronie ciała unieruchom pomiędzy swoim ramieniem i tułowiem, następnie obiema dłońmi uchwyc prawy i lewy pośladek.



- Przy pomocy ruchu rotacyjnego przenieś tułów w kierunku mniej sparaliżowanej połowy ciała, nogę bardziej sparaliżowaną unieruchom swoim udem. Wsuń obie dłonie pod ramiona podopiecznego. Podopieczny powinien teraz nieznacznie unieść głowę i położyć brodę na piersi.



- Wysuń z łóżka nogę podopiecznego po bardziej sparaliżowanej stronie, stopę postaw na podłodze. Upewnij się, że noga nie odchyliła się na zewnątrz, następnie umieść ręce pod łopatkami podopiecznego – bardziej sparaliżowaną rękę powinien trzymać na brzuchu, drugą – na Twoim ramieniu.
- Unieś podopiecznego do pozycji siedzącej na krawędzi łóżka – pomóż przy wykonaniu ruchu rotacyjnego, odchylając się w tył i kucając. Mniej sparaliżowaną nogę pacjent powinien teraz postawić na podłodze.



3.3 Przemieszczenie z pozycji siedzącej do stojącej (z podtrzymaniem przedramienia)

- ▶ Zastosowanie:
 - Ten standard umożliwia przemieszczenie podopiecznego z pozycji siedzącej do stojącej. Jest to możliwe pod warunkiem, że podopieczny dysponuje wystarczającym poczuciem równowagi oraz jest w stanie przez kilka chwil utrzymać się stabilnie na nogach.

- ▶ Przygotowanie:
 - Poinformuj podopiecznego, że pomożesz mu wstać.
 - Zdezynfekuj dłonie.
 - Przemieść podopiecznego na krawędź łóżka lub krzesła.

- ▶ Przebieg:
 - Opiekun stoi z rozstawionymi nogami obok pacjenta. Jego stopa jest umieszczona poprzecznie przed stopami pacjenta, co stanowi zabezpieczenie przed poślizgnięciem się pacjenta.
 - Pielęgniarka kładzie jedną rękę pod ramię pacjenta i chwytą go z tyłu za łopatkę. Jednocześnie pacjent powinien położyć rękę na łopatkę opiekuna.
 - Wolną dłoń opiekun mocno przytrzymuje oparcie krzesła, aby nadać mu większą stabilność.
 - Opiekun prosi pacjenta, aby wolną ręką odepchnął się od oparcia krzesła. Aby zyskać większą siłę, podopieczny powinien jednocześnie odpychać się stopą.
 - Teraz pacjent powinien wstać. Ważna jest przy tym komunikacja pomiędzy podopiecznym a opiekunem. Wyprostowanie się do pozycji stojącej powinno odbyć się na umówioną komendę.
 - Teraz podopieczny powinien od razu wykonać kilka kroków z pomocą opiekuna.

3.4. Unoszenie w łóżku do pozycji siedzącej (sadzanie)

- ▶ Zastosowanie:
 - Pacjentowi, którego z pozycji siedzącej postawiliśmy na nogi, musimy również umożliwić wykonanie czynności odwrotnej. Unoszenie w łóżku do pozycji siedzącej powinno zostać przeprowadzone z wykorzystaniem uchwytu oraz podnośnika.

- ▶ Przebieg:
 - Podopieczny stoi przed krzesłem odwrócony do niego plecami. Jego podudzia dotykają krawędzi siedziska.
 - Opiekun stoi obok pacjenta po bardziej sparaliżowanej stronie ciała. Podpiera pacjenta, przytrzymując dłoń na jego plecach oraz bardziej sparaliżowanej ręce.
 - Podopiecznego sadzamy na krześle, opiekun wyhamowuje swoim ciałem ruch w dół.

3.5. Przemieszczenie z krawędzi łóżka na krzesło

- ▶ Zastosowanie:
 - Przeniesienie z krawędzi łóżka na krzesło jest warunkiem koniecznym dla wielu zabiegów pielęgnacyjnych, na przykład podopiecznego można zachęcić do opuszczenia łóżka na kilka minut, jeżeli konieczne jest przebranie pościeli.
- ▶ Przygotowanie:
 - Poinformuj podopiecznego, że pomożesz mu przenieść się na krzesło.
 - Umieść krzesło w bezpośrednim sąsiedztwie łóżka.
 - Przenieść podopiecznego na krawędź łóżka.
- ▶ Przebieg:
 - Opiekun musi upewnić się, że podopieczny dysponuje czterema punktami podparcia: obiema stopami na podłodze, jedną ręką na podłokietniku krzesła i jedną ręką na udzie opiekuna.



- Podopieczny wychyla się do przodu i przenosi ciężar ciała na stopy. Opiekun pomaga mu unieść pośladki nad łożko.



- Podopieczny musi teraz stopniowo obrócić się, przemieszczając przy tym na przemian ciężar ciała z jednej stopy na drugą.
- Na koniec podopieczny powoli opuszcza pośladki na siedzisko.

3.6. Przemieszczanie z krawędzi łóżka na krzesło (wózek inwalidzki) dla pacjentów po udarze mózgu

- ▶ Zastosowanie:
 - W przypadku pacjentów po udarze mózgu nie można stosować standardowego przenoszenia z krawędzi łóżka na krzesło.
- ▶ Przygotowanie:
 - Poinformuj podopiecznego, że pomożesz mu przesiąść się na krzesło.
 - Umieść krzesło w bezpośrednim sąsiedztwie łóżka.
 - Przesuń podopiecznego na krawędź łóżka.
- ▶ Przebieg:
 - Podopieczny siedzi obok opiekuna na łóżku. Bardziej sparaliżowana strona ciała jest obrócona w stronę opiekuna. Strona mniej sparaliżowana zwrócona jest w kierunku krzesła.



- Opiekun umieszcza bardziej sparaliżowaną nogę pacjenta na swojej nodze. Bardziej sparaliżowana ręka spoczywa na udzie bardziej sparaliżowanej nogi.
- Ręką mniej sparaliżowaną podopieczny chwytą podłokietnik krzesła.



- Podopieczny pochyla się do przodu i przenosi ciężar ciała na nogi. Opiekun pomaga mu podnieść pośladki z łóżka.
- Opiekun podąża za ruchem podopiecznego i przesuwa się w bok po krawędzi łóżka w kierunku krzesła. Ponieważ ciężar ciała podopiecznego jeszcze w połowie spoczywa na jego udzie, wykonanie tego ruchu powoduje obrócenie podopiecznego. Jego pośladki są teraz obrócone w kierunku siedziska krzesła. Opiekun musi uważać, aby nie wykręcić mniej sparaliżowanej nogi.
- Teraz podopieczny powinien ostrożnie opuścić pośladki na siedzisko.

4. Zmiana pozycji ciała w pozycji leżącej

► Zasady ogólne:

- Zmiana pozycji leżącej pozwala na zmniejszenie obciążenia poszczególnych części ciała i stanowi ważny element profilaktyki odleżyn. Z drugiej strony zmiana pozycji jest konieczna u pacjentów obłożnie chorych do wykonania takich zabiegów pielęgnacyjnych jak zmiana pościeli lub przyjmowanie pokarmu.
- W czasie odpoczynku lub snu wielu seniorów preferuje pozycję na plecach lub na brzuchu. Obie pozycje są jednak związane z wysokim ryzykiem wystąpienia odleżyn, dlatego należy uzupełnić je bardziej efektywnymi technikami pozycjonowania pacjenta (w szczególności nachylenie pod kątem 30 stopni).
- Wybór technik pozycjonowania powinien zostać przedyskutowany z lekarzem oraz uwzględnić indywidualne przyzwyczajenia pacjenta. Szczególne znaczenie ma tu dobre samopoczucie i komfort snu pacjenta.

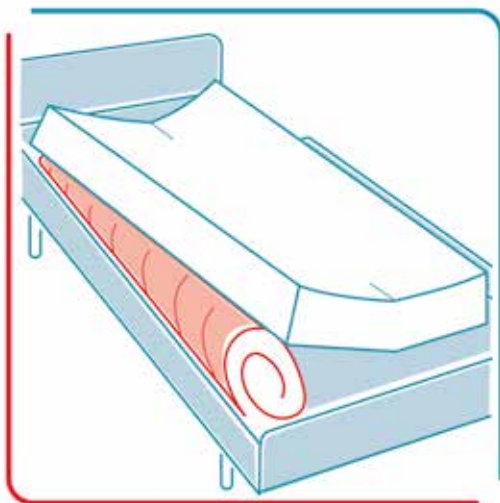
- Należy pamiętać, że żadnej z pozycji nie wolno utrzymywać zbyt długo, lecz zmieniać je w regularnych odstępach czasu.
- Ręczniki, kołdry (złożone/zwinięte) i poduszki szczególnie dobrze nadają się do wykorzystania jako pomocnicze środki pozycjonujące, na przykład złożony ręcznik można umieścić pod ramionami i po krótkim czasie wsunąć pod miednicę.

4.1. Nachylenie 30 stopni

- ▶ Zastosowanie:
 - 30-stopniowe nachylenie jest najlepszą pozycją w profilaktyce odleżyn dzięki swoim licznym zaletom:
 - ryzyko odleżyn jest bardzo niskie,
 - nie obciąża układu krążenia,
 - w tej pozycji można bez problemu przyjmować posiłki,
 - zmiana pozycji możliwa co 2 godziny oraz przy niewielkim wysiłku.
- ▶ Wariant 1 (z pomocniczym elementem pozycjonującym):
 - Pacjenta należy odwrócić na bok. Poduszki potrzebne do pozycjonowania umieszcza się za jego plecami.
 - Poduszkę pozycjonującą umieszcza się na odcinku od uda po pośladki. Drugą poduszkę umieszcza się na odcinku od pośladków w górę, wzdłuż pleców, w kierunku ramion. Samo ramię pozostaje swobodne.
 - Teraz podopiecznego należy odwrócić do pozycji leżącej i odpowiednio ułożyć jego ciało na poduszkach.



- Wariant 2 (z utworzeniem płaszczyzny ukośnej):
- Pod jednym z boków materaca opiekun umieszcza na całej długości zwinięty koc. Rozpoczyna od strony nóg i podkłada koc stopniowo w kierunku zagłówka.
 - Koc pod materacem powinien zostać uformowany w klin. Więcej materiału powinno znajdować się bezpośrednio pod krawędzią łóżka niż pośrodku łóżka.



- ▶ Należy przestrzegać następujących punktów:
 - Głowę podpieramy małą poduszką.
 - Ramiona dają się swobodnie wyciągnąć do przodu.
 - Kość ogonowa i krętarz nie są obciążone.
 - Nogi umieszcza się obok siebie, nie powinny leżeć jedna na drugiej. Jeżeli nie da się wyeliminować wszystkich punktów styku, w odpowiednim miejscu należy umieścić poduszkę.
 - Szczególną uwagę należy zwrócić na pięty. W razie potrzeby należy zapewnić ich swobodę, umieszczając poduszkę pod tydkami.

5. Zmiana pościeli w łóżku pacjenta obłożnie chorego

- ▶ Przygotowanie:
 - Poinformuj podopiecznego, że zmienisz pościel.
 - Zdezynfekuj dłonie.
 - Usuń z łóżka wszystkie pomocnicze elementy pozycjonujące.
 - Opuść zagłówek.
- ▶ Przebieg
 - Poproś podopiecznego, aby obrócił się na bok. W razie potrzeby może chwycić za barierkę łóżka.
 - Teraz wyciągnij końce podkładu i prześcieradła, a następnie zroluj je aż do pleców pacjenta.
 - Połóż nowy podkład i prześcieradło i rozwiń je aż do pleców pacjenta.
 - Następnie przetocz pacjenta nad zrolowanym pośrodku łóżka podkładem i materacem i ułóż go wygodnie na drugim boku.

- Usuń brudną pościel.
- Rozwiń podkład i prześcieradło i naciągnij na materac w taki sposób, aby usunąć wszystkie zagniecenia.
- Teraz odwróć podopiecznego z powrotem na plecy i okryj go.

3. Postępowanie z pacjentami cierpiącymi na demencję

▶ Warunki ogólne

- Demencja jest bardzo powszechną chorobą ludzi w podeszłym wieku charakteryzującą się utratą funkcji umysłowych (myślenia, pamięci, orientacji, zdolności oceny sytuacji, kojarzenia).
- Demencja jest terminem nadrzędnym dla wielu chorób o podobnym przebiegu. Proces chorobowy zaczyna się zazwyczaj w sposób niezauważalny. W zależności od stopnia zaawansowania i zasięgu choroby, zwłaszcza w przypadku demencji typu Alzheimerera, konieczna jest stała opieka.
- W kontakcie z chorymi na demencję szczególnie potrzebne są silna psychika w połączeniu z empatią oraz cierpliwość i zrozumienie.
- Objawy choroby można zmniejszyć lub opóźnić ich wystąpienie, stosując odpowiednią profilaktykę i wykonując właściwe czynności pielęgnacyjne.
- Oprócz profilaktyki ważną rolę w postępowaniu z chorymi na demencję odgrywają również właściwa komunikacja, rozsądne planowanie czynności dnia codziennego oraz stosowanie odpowiednich środków ochronnych.
- Pacjenci cierpiący na demencję bardzo chcą czuć się potrzebni, dlatego lepiej jest przypominać im o danej czynności i udzielić niezbędnych instrukcji zamiast wykonywać za nich wszystkie aktywności i zadania.

- ▶ Cechy szczególne:
 - brak orientacji w codziennych sytuacjach,
 - ciągłe zapominanie,
 - problemy z koncentracją i wolniejszy proces myślenia,
 - zaburzenia psychiczne,
 - ograniczona zdolność oceny sytuacji,
 - ogólne trudności związane ze zmianą sytuacji,
 - huśtawki nastroju,
 - tendencja do przemocy, agresja, apatia i brak wrażliwości,
 - ciągłe powtarzanie tych samych myśli,
 - stan niepokoju w nocy,
 - dezorientacja czasowa,
 - tendencje do ucieczek.

- ▶ Środki profilaktyki i opieki:
 - prawidłowe żywienie,
 - codzienny ruch,
 - załatwianie codziennych spraw,
 - czytanie na głos lub dla siebie (np. gazet lub starych raportów),
 - rysowanie i malowanie, w razie potrzeby również prace ręczne,
 - majsterkowanie,
 - oglądanie zdjęć,
 - wyjścia do teatru, opery, na koncerty,
 - pielęgnowanie kontaktów z krewnymi i/lub znajomymi.

- ▶ Wskazówki dotyczące komunikacji:
 - Zachowaj kontakt wzrokowy podczas rozmowy i zwracaj się do podopiecznego po imieniu.
 - Chwal podopiecznego za każdą rzecz, którą wykonał samodzielnie, lecz zrezygnuj z krytyki i oskarżeń z powodu niewykonania lub błędnego wykonania czynności.

- Daj pacjentowi więcej czasu i nie poganiaj go, gdy zastanawia się nad odpowiedzią.
 - W razie potrzeby powtarzaj ważne informacje. Zawsze używaj tych samych sformułowań i zachowuj przyjazny ton.
 - Poświęć pacjentowi swoją uwagę i okaż zainteresowanie, zadając proste pytania. Rozmawiaj z nim o rzeczach, które zna z przeszłości.
 - Mów powoli i wyraźnie. Używaj prostych zdań oraz unikaj ironii i dwuznaczności.
 - Zachowaj spokój i unikaj konfliktów, jeżeli podopieczny zachowuje się agresywnie i krzyczy. Zamiast tego postaraj się zmienić temat lub schodź podopiecznemu z drogi, łagodnie odwracając jego uwagę. Agresywne zachowanie jest spowodowane głównie chorobą i wymaga zrozumienia.
 - Nie odpowiadaj na oskarżenia i zarzuty. Są one często wywoływane przez frustrację i nie są skierowane osobiście przeciwko Tobie.
 - Jeśli podopieczny jest smutny lub zachowuje się apatycznie, zadbaj o dobre usposobienie. Przypominaj mu jak najwięcej radosnych chwil z życia. To mogą być miłe przeżycia związane z krewnymi lub przyjaciółmi. Również słuchanie ulubionej muzyki lub oglądanie zdjęć może doprowadzić do krótkotrwałego uczucia szczęścia.
 - Nie dawaj więcej niż dwóch możliwości do wyboru. Zapytaj lepiej: „Wolisz sok jabłkowy czy pomarańczowy?” zamiast „Jaki sok chciałbyś wypić?”
- ▶ Wskazówki dotyczące układania planu dnia oraz środków bezpieczeństwa:
- Wyznacz stałe miejsca dla najważniejszych przedmiotów.
 - Czynności dnia codziennego powinny stanowić swego rodzaju rytuały.

- Plan dnia powinien być jasny i możliwie stały. Uwzględnij w nim przyzwyczajenia podopiecznego.
- Używaj symboli lub kolorów, które ułatwiają orientację.
- Aby zapobiegać ucieczkom, drzwi do domu powinny być zawsze zamknięte.
- Dopilnuj, aby podopieczny nie manipulował przy niebezpiecznych przedmiotach (kuchenka, kominek, narzędzia, ryzyko poparzenia podczas korzystania z czajników itp.)
- Płyny do naczyń, środki do czyszczenia WC i tym podobne należy przechowywać w miejscu niedostępnym, aby uniemożliwić wypicie niebezpiecznych płynów przez podopiecznego.

4. Zasady higieny w kontakcie z żywnością

- Dane Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wykazują, że zaledwie kilka błędów popełnianych w kontakcie z żywnością jest odpowiedzialnych za większość chorób przenoszonych drogą pokarmową. Wdrożenie poniższych działań pozwoli na usunięcie bakterii i pleśni, co pozwoli zapobiec zakażeniom pokarmowym i zatruciom.

▶ Czyszczenie:

- Każdorazowo przed rozpoczęciem przygotowania posiłku i przed jedzeniem opiekun umyje ręce ciepłą wodą z mydłem – zwłaszcza po wizycie w toalecie, zmianie pieluch, pracy w ogrodzie i kontakcie ze zwierzętami.
- Powierzchnie i urządzenia należy regularnie czyścić i dezynfekować. Zwłaszcza deski do krojenia, noże i inne przybory kuchenne należy po każdym kontakcie z surowym mięsem, drobiem, surowymi jajami, rybami i surowymi produktami roślinnymi umyć w gorącej wodzie z dodatkiem detergentu.
- Należy całkowicie zrezygnować z biżuterii na rękach.
- W przypadku skaleczeń dłoni należy nosić rękawice ochronne.
- Ręczniki kuchenne należy regularnie wymieniać i dokładnie prać. Można stosować ręczniki papierowe jednorazowego użytku.

▶ Przechowywanie:

- Mięso mielone należy przyrządzić w miarę możliwości jeszcze w dniu jego produkcji.

- Świeże ryby i inne świeże produkty rybne można przechowywać wyłącznie w temperaturze poniżej +2°C („w temperaturze zbliżonej do temperatury topniejącego lodu”).
 - Surowe mięso, drób i ryby należy oddzielać od innych produktów spożywczych (w miarę możliwości już w przy zakupie).
 - Jajka powinny być zawsze przechowywane w lodówce.
 - Gotową żywność należy przechowywać zawsze w zamkniętych pojemnikach lub przykryć np. folią. Pozostawienie w temperaturze pokojowej na zbyt długi czas jest częstą przyczyną zatruc pokarmowych.
- ▶ Kontrola:
- Zepsute jedzenie należy zawsze wyrzucać (opiekun musi zwrócić uwagę na datę przydatności do spożycia i upewnić się wzrokowo i przy pomocy węchu, czy żywność nie jest zepsuta).
- ▶ Chłodzenie i rozmrażanie:
- Łatwo psująca się żywność (zwłaszcza mięso mielone i gotowe potrawy gotowane) powinna być natychmiast schładzana lub zamrażana (opiekun musi upewnić się, że żywność taka zostanie schłodzona w wystarczający stopniu – lodówka powinna być w miarę możliwości ustawiona na temperaturę poniżej 7–8°C).
 - Przed włożeniem do lodówki należy odczekać, aż potrawy ostygną.
 - Mięso i drób należy zawsze rozmrażać w lodówce lub mikrofalówce, nigdy w temperaturze pokojowej ani w ciepłej wodzie.
 - Podczas rozmrażania mięso i ryby wydzielają wodę. Krople wody zawierają wiele bakterii i stanowią idealną pożywkę

dla zarazków, dlatego opiekun powinien upewnić się, że kapiąca ciecz nie ma kontaktu z surową żywnością.

- Rozmrożonej żywności nie wolno ponownie zamrażać.
- ▶ Podgrzewanie (mięso, ryby, jaja, surowe mleko, owoce morza):
- Surowe produkty żywnościowe z reguły poddaje się obróbce cieplnej.
 - Należy zapewnić utrzymanie temperatury 70 do 80°C we wnętrzu produktu przez co najmniej 10 minut. Produkty takie muszą zostać całkowicie przesmażone lub ugotowane. Cały produkt musi osiągnąć temperaturę przynajmniej 70°C.
 - Jajecznice i jajka sadzone należy dobrze wysmażyć, jajka na miękko gotować co najmniej pięć minut.
 - Świeżą rybę gotować do momentu, aż szkliste mięso całkowicie zbieleje i będzie można je łatwo dzielić widelcem na płatki.
 - Gotując w kuchence mikrofalowej, należy zapewnić równomierne podgrzewanie przez wystarczająco długi czas.
- ▶ Mycie (owoce, warzywa, sałata):
- Owoce, sałatę i warzywa należy zawsze myć wodą pitną. Jeśli to możliwe, temperatura wody do mycia powinna być wyższa niż temperatura owoców i warzyw.
 - Po umyciu owoców i warzyw nie należy pozostawiać mokrych.
 - Krótkie blanszowanie (przez 1 minutę) umożliwi usunięcie większości zarazków.

5. Pierwsza pomoc

1. Wzywanie pomocy

- ▶ Numery alarmowe w Niemczech:
 - policja: 110
 - straż pożarna: 112
 - numer alarmowy: 112

- ▶ Centrum powiadamiania będzie potrzebowało na pewno następujących informacji:
 - Gdzie wydarzył się nagły przypadek/wypadek?
 - Co się stało?
 - Ile osób jest poszkodowanych?
 - Kto dzwoni? (nazwisko i numer telefonu, aby służby ratunkowe mogły oddzwonić)
 - Odpowiedz na pytania i nie rozłączaj się. Rozmowę zakończy pracownik centrum ratunkowego.

2. Pacjent leży w bezruchu – kontrola stanu świadomości

Znajdujesz podopiecznego leżącego w bezruchu na podłodze. Skontroluj natychmiast jego stan. W ten sposób łatwo określisz, czy masz do czynienia z osobą nieprzytomną (oddycha normalnie), czy doszło do zatrzymania krążenia (brak oddechu).

- Kontrola stanu świadomości:
 - Zwróć się głośno do podopiecznego i lekko potrząśnij go za ramię.
 - Jeżeli nie reaguje, zawołaj głośno o pomoc i poproś o wezwanie karetki pogotowia (144). Jeżeli w pobliżu nikogo nie ma, zadzwoń sam.
- Udrażnianie dróg oddechowych:
 - Udrożnij drogi oddechowe: odchyl głowę osoby nieprzytomnej do tyłu, kładąc jedną rękę na czole, a drugą unosząc podbródek.
- Kontrola oddechu:
 - Sprawdź przez maksymalnie 10 sekund, czy słyszysz, widzisz lub czujesz normalny oddech.
 - Popatrz, czy klatka piersiowa i brzuch unoszą się jak przy normalnym oddechu.
 - Jeżeli stwierdziłeś, że poszkodowany oddycha normalnie, ułóż go w pozycji bocznej ustalonej.
 - W przypadku braku normalnego oddechu mamy do czynienia z zatrzymaniem krążenia. Należy wykonać masaż serca.

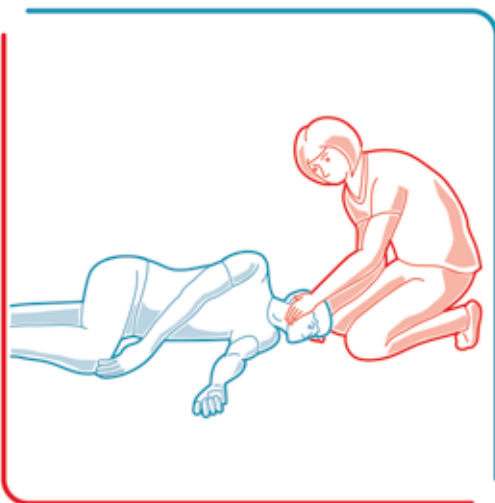
3. Pozycja boczna ustalona

Podopieczny leży bez ruchu na plecach. Skontrolowałeś jego stan i stwierdziłeś, że oddycha normalnie – jest nieprzytomny. Ułóż go w pozycji bocznej ustalonej.

- Odciągnij od ciała rękę poszkodowanego znajdującą się bliżej Ciebie i ułóż ją pod kątem prostym.
- Naprzeciwległe kolano podciągnij do góry i połóż na nim nadgarstek drugiej ręki.
- Obróć podopiecznego w swoją stronę.

- Ostrożnie odegnij głowę poszkodowanego w tył i otwórz usta, aby mogły z nich wypłynąć krew, ślina czy wymiociny.
- Jeżeli jesteś sam, najpóźniej w tym momencie wykonaj połączenie alarmowe.
- Rozepnij obcisłe ubrania i zadbaj o dostęp świeżego powietrza. Zwróć uwagę, czy poszkodowany oddycha powoli i spokojnie.
- Przykryj poszkodowanego, jeżeli jest mu zimno.
- Zostań przy poszkodowanym i rozmawiaj z nim do czasu przybycia służb ratunkowych.

Pozycja boczna ustalona zapewnia drożność dróg oddechowych oraz swobodny odpływ wymiocin i krwi. Uchroni to poszkodowanego przed uduszeniem.



4. Zatrzymanie krążenia (masaż serca)

Podopieczny leży bez ruchu na plecach. Skontrolowałaś już jego stan i stwierdziłaś brak reakcji na próby rozmów i potrząsanie oraz brak normalnego oddechu. Teraz musisz działać szybko.

- Poproś o wezwanie służb ratunkowych lub wezwij je sam.
- Przyłóż nasadę dłoni pośrodku klatki piersiowej.
- Na niej połóż drugą dłoń i wyprostuj obie ręce.
- Obiema rękami szybko i mocno uciśnij klatkę piersiową 30 razy.
- Po przeprowadzeniu masażu serca przygotuj się do wykonania sztucznego oddychania (dla ochrony własnej można zastosować ustnik): połóż jedną rękę na czole poszkodowanego. Podciągnij podbródek do góry. Zatkaj nos.
- Wdmuchnij powietrze do ust poszkodowanego tak, aby jego klatka piersiowa i brzuch uniosły się jak podczas normalnego oddechu. Weź oddech i powtórz drugi raz.
- Masaż serca i sztuczne oddychanie wykonuje się do czasu, aż poszkodowany zacznie normalnie oddychać lub przyjadą służby ratownicze. Jeżeli na miejscu są inne osoby, to w trakcie masażu serca należy zmieniać się co kilka minut. Jeśli dysponujesz defibrylatorem, uruchom go i postępuj zgodnie ze wskazówkami.
- Jeżeli uważasz, że nie poradzisz sobie ze sztucznym oddychaniem lub nie zostałeś przeszkolony w tym zakresie, wykonuj wyłącznie masaż serca. Jeśli dysponujesz defibrylatorem, uruchom go i postępuj zgodnie ze wskazówkami.



5. Zawał serca

Podopieczny doznaje nagłego ataku duszności oraz odczuwa ból w klatce piersiowej promieniujący do rąk. Jest niespokojny, ma zimne poty, jest blady. Zapewnij mu spokój i postępuj zgodnie z poniższymi wskazówkami:

- Ułóż poszkodowanego w pozycji półsiedzącej z uniesionym tułowiem, najlepiej na podłodze. Zachęć do wykonywania powolnych i głębokich wdechów i wydechów, poszkodowany może sam podeprzeć się rękoma (na podłodze).
- Natychmiast wezwij służby ratunkowe.
- Poproś o przyniesienie defibrylatora lub apteczki, jeżeli są dostępne na miejscu. Ukłęknij za pacjentem, przesuń jego ręce do tyłu, aby mógł się na nich podeprzeć, i zapewnij, że wkrótce nadejdzie pomoc. Rozepnij ciasne części ubrania, takie jak krawat czy pasek.
- Zadbaj o dostęp świeżego powietrza, otwórz okna.

- Przykryj poszkodowanego i zapewnij mu spokój.
- Rozmawiaj z pacjentem. Przygotuj go na przyjazd pogotowia ratunkowego.
- Jeżeli stwierdzisz brak świadomości, lecz oddech jest prawidłowy, zastosuj pozycję boczną ustaloną po stronie sparaliżowanej.
- W razie zatrzymania krążenia wykonaj masaż serca.

6. Udar

Podopieczny mówi i porusza się inaczej niż zwykle. Kącik jego ust opada, jedna z powiek jest zamknięta. To znak, że doznał udaru mózgu. Należy wykonać następujące czynności:

- Natychmiast zadzwoń pod numer alarmowy.
- Przeprowadź ocenę stanu poszkodowanego.
- Jeżeli podopieczny jest przytomny, ułóż go wygodnie w pozycji z uniesionym tułowiem.
- Ostoń sparaliżowane części ciała.
- Jeżeli stwierdzisz brak świadomości, lecz oddech jest prawidłowy, zastosuj pozycję boczną ustaloną po stronie sparaliżowanej.
- W razie zatrzymania krążenia wykonaj masaż serca.

7. Oparzenie

Jeśli podopieczny poparzy się gorącą wodą, parą wodną lub też dojdzie do oparzeń na skutek działania otwartego ognia, należy wykonać następujące czynności:

- Pożar należy gasić wodą, kocem gaśniczym lub zdusić płomień, obracając poszkodowanego po podłozie.

- Oparzone miejsca należy natychmiast schłodzić, polewając je przez ok. 10 do 15 minut wodą. Temperatura nigdy nie powinna być niższa niż 15°C, w przeciwnym razie może dojść do hipotermii.
- Zastosuj aseptyczny opatrunek na ranę i okryj poszkodowanego.
- Nigdy nie zdejmuj nadpalonej odzieży!
- Nie przekłuwaj pęcherzy.
- W razie porażenia prądem należy w pierwszej kolejności przerwać/ wyłączyć obwód prądu!
- Wezwij pogotowie ratunkowe, jeżeli doszło do głębokich poparzeń lub oparzenia skóry wrzątkiem.
- Jeżeli stwierdzisz brak świadomości, lecz oddech jest prawidłowy, zastosuj pozycję boczną ustaloną.
- W razie zatrzymania krążenia wykonaj masaż serca.

8. Rany

Doszło do stłuczenia kolana, skaleczenia palca, zadrapania? Niezależnie od tego, jakich obrażeń doznali Twój podopieczni, możesz szybko pomóc, wykonując poniższe czynności:

- Przepłucz ranę czystą, letnią wodą, aby usunąć brud, kamienie itp.
- Nie usuwaj ciał obcych, które utknęły w ranie!
- Przy pomocy chusty trójkątnej lub opaski opatrunkowej przymocuj bezpośrednio do rany sterylny opatrunek.
- Okryj pacjenta i zapewnij mu spokój.
- W przypadku ran kłutych wezwij lekarza.
- W razie silnego krwawienia wezwij służby ratunkowe.
- Jeżeli stwierdzisz brak świadomości, lecz oddech jest prawidłowy, zastosuj stabilną pozycję boczną po stronie sparaliżowanej.
- W razie zatrzymania krążenia wykonaj masaż serca.

Handbuch für Betreuungskräfte

Inhaltverzeichnis

1. Körperpflege	61
1. Allgemeines zur Körperpflege	61
2. Ganzkörperwaschung im Bett	62
3. Ganzkörperwaschung am Waschbecken	64
4. Die Intimpflege	66
5. Die Mundpflege	67
6. Das Wannen- und Duschbad	70
2. Mobilität	74
1. Allgemeines zur Mobilität	74
2. Unterstützung beim Gehen	76
2.1. Die Pflegekraft geht vor dem Betreuten	77
2.2. Die Pflegekraft geht hinter dem Betreuten	77
2.3. Die Pflegekraft geht neben dem Betreuten	77
2.4. Gehen mit Gehhilfen (Gehstock, Vierfuß-Gehhilfe, Delta-Gehrad, Rollator)	78
3. Transferieren (Aufsetzen, Hinsetzen, Umsetzen)	79
3.1. Aufsetzen im Bett/Setzen auf die Bettkante	79
3.2. Setzen auf die Bettkante für Schlaganfallpatienten	81
3.3. Transfer aus dem Sitzen in den Stand (mit dem Unterarmhebegriff)	84
3.4. Aufsetzen im Bett (Hinsetzen)	85
3.5. Transfer von der Bettkante auf einen Stuhl	86
3.6. Transfer von der Bettkante in einen (Roll-)Stuhl für Schlaganfallpatienten	87
4. Lagewechsel im Liegen	89
4.1. 30-Grad-Schräglage	90
5. Betten eines Bettlägerigen	92
3. Umgang mit Demenzkranken	94
4. Hygienischer Umgang mit Lebensmitteln	98
5. Erste Hilfe	101
1. Notruf	101

2. Regloser Mensch – Notfallcheck	101
3. Stabile Seitenlage	102
4. Atem -Kreislauf- Stillstand (Herzdruckmassagen)	104
5. Herzinfarkt	105
6. Schlaganfall	106
7. Verbrennung	106
8. Wunden	107

1. Körperpflege

1. Allgemeines zur Körperpflege

▶ Funktion

- Die Körperpflege ist ein wichtiger Teil der Grundpflege der zu betreuenden Person. Diese beeinflusst wesentliche Bereiche des Lebens, u. A.:
 - Das Wohlbefinden und die Gesunderhaltung des Betreuten (Die übermäßige Vermehrung von Mikroorganismen auf der Haut wird vermieden, die Durchblutung und Widerstandskraft der Haut wird erheblich erhöht.)
 - Kommunikation (Die Verbindung zwischen dem Betreuten und der Pflegekraft verstärkt sich; dem Betreuten wird durch den körperlichen Kontakt zusätzliche Zuwendung geschenkt.)
 - Mobilität (Die Beweglichkeit des Bewohners wird durch möglichst eigenständige Erbringung der Körperpflege gefördert.)

▶ Richtiger Zeitpunkt und Ausmaß der Körperpflege

- Üblicherweise erfolgt die komplette Körperpflege morgens vor dem Frühstück. Wenn dies nicht möglich ist, sollte dem Kranken zumindest die Möglichkeit gegeben werden, Gesicht, Hände und Zähne zu reinigen. Die weiteren Pflegemaßnahmen können dann zu einem späteren Zeitpunkt nachgeholt werden.
- Die zu pflegende Person sollte selbst entscheiden, in welchem Umfang und mit welcher Häufigkeit diese körperlich gepflegt wird und niemals dazu genötigt werden.

- ▶ Wichtige Prinzipien bei der Körperpflege
 - Der Betreute soll immer über die anstehende Maßnahme informiert werden.
 - Die Pflegekraft hat entsprechende hygienische Maßnahmen vor der Körperpflege durchzuführen (die Reinigung der Hände, das Ablegen von Schmuck, usw.).
 - Takt und Einfühlungsvermögen sind während der Körperpflege gefragt. Mit der Körperpflege dringt die Pflegekraft in den körperlichen und seelischen Intimbereich der zu pflegenden Person ein. Jede unsensible Berührung und jedes unbedachte Wort müssen vermieden werden. Die Abschirmung des Betreuten vor den Blicken anderer soll sichergestellt werden).
 - Für die angemessene Raumtemperatur soll gesorgt werden.
 - Wünsche und Gewohnheiten des Bewohners werden berücksichtigt.
 - Die Reihenfolge wird möglichst eingehalten, ohne dass sich die Pflegekraft jedoch darauf fixiert.
 - Das Prinzip der aktivierenden Pflege wird umgesetzt: Die zu pflegende Person soll einen möglichst großen Teil der Körperpflege eigenständig durchführen.

2. Ganzkörperwaschung im Bett

- ▶ Benötigte Materialien
 - 1-2 Waschschüsseln
 - 2 Waschlappen
 - 3 Handtücher (eines zum Unterlegen)
 - Handschuhe
 - Bettwäsche (falls erneuert werden muss)
 - Persönliche Kosmetika des Betreuten und Pflegemittel

- Kamm oder Bürste
- Entsorgungsort

▶ Vorbereitung

- Fenster und Türen schließen
- Für angemessene Raumtemperatur sorgen (es sollten mindestens 22°C erreicht werden)
- Das Wasser und benötigte Materialien griffbereit stellen
- Die zu pflegende Person über die Maßnahme informieren
- Die Hände vor der Pflege reinigen
- Die Lagerungshilfsmittel entfernen

▶ Ablauf

- Die Person in eine angenehme Rücklage bringen
- Bett (wenn möglich) hochfahren
- Nachthemd bzw. Schlafanzugjacke ausziehen und Oberkörper mit einem Handtuch bedecken
- Das Bett vor dem Durchnässen durch ein Handtuch oder eine Unterlage schützen
- Gesicht mit klarem Wasser und ohne Waschzusatz reinigen – zuerst die Augen (vom äußeren zum inneren Augenwinkel hin), dann die Nase, Mundwinkel, Ohren und den Bereich dahinter
- Waschzusatz hinzugeben
- Unterlagen unter den Arm legen
- Vom Handgelenk über den Arm zur Achsenhöhle (immer in Richtung des Herzes) waschen, anschließend gründlich abtrocknen
- Hände gut abtrocknen und dabei die Fingernägel kontrollieren (Bei Verschmutzung der Fingernägel kann die Pflegekraft diese sofort reinigen. Ansonsten kann die Nagelpflege zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt werden.)

- Die Bauchregion waschen und trocknen
 - Den Betreuten in Sitzposition bringen
 - Rücken waschen und abtrocknen
 - Den Oberkörper des Betreuten ankleiden
 - Unterkörper entkleiden und mit einem Handtuch abdecken
 - Die Beine in gleicher Art wie bei der Armpflege waschen
 - Fußpflege durchführen, vor allem an pilzgefährdeten Stellen
 - Die Intimpflege mit einem Waschlappen durchführen
 - Den Kranken drehen und den Analbereich waschen
 - Schlüpfen und Schlafanzug anziehen
- ▶ Nachbereitung
- Den Kranken aufrichten und, sofern noch nicht geschehen, Mundpflege durchführen, anschließend nach Wunsch frisieren.

3. Ganzkörperwaschung am Waschbecken

- ▶ Benötigte Materialien:
- 2 Waschlappen
 - 3 Handtücher (eines zum Unterlegen)
 - Handschuhe
 - Persönliche Kosmetika des Betreuten und Pflegemittel
 - Entsorgungsort
- ▶ Vorbereitung:
- Das Badezimmer vorbereiten – Fenster und Türen schließen
 - Für angemessene Raumtemperatur sorgen
 - Alle Utensilien bereitstellen
 - Die zu pflegende Person über die Maßnahme informieren
 - Den Betreuten zum Waschbecken begleiten

► Ablauf

(Die nun folgenden Punkte sind ausgerichtet auf Betreute, die sich nicht oder nur sehr eingeschränkt selbst waschen können. Wenn es der Betreute wünscht und dies verantwortbar ist, wird der Betreute vor dem Waschbecken allein gelassen.)

- Im Sitzen
 - Mundpflege durchführen
 - Das Gesicht mit klarem Wasser ohne Seifenzusatz waschen – zuerst die Augen (vom äußeren zum inneren Augenwinkel hin), dann die Nase, Mundwinkel, Ohren und den Bereich dahinter
 - Alle Hautbereiche des Gesichtes sorgfältig abtrocknen
 - Das Gesicht vorsichtig eincremen
 - Nachtkleidung ausziehen und den Rücken mit einem Handtuch abdecken
 - Hände und Arme waschen und abtrocknen
 - Oberkörper und Bauch waschen
 - Den Rücken in Richtung der Füße waschen (dem sich selbstständig am Waschbecken waschenden Betreuten sollte das Waschen des Rückens angeboten werden)
 - Oberkörper ankleiden

- Im Stehen mit leicht gespreizten Beinen
 - Leisten und Genitalbereich waschen und gut trocknen (gerade in den Hautfalten des Intimbereiches bilden sich leicht Entzündungen)
 - Gesäß waschen und gut trocknen
 - Die Beine und Füße in Richtung des Herzens waschen und trocknen (dies kann ebenso im Sitzen durchgeführt werden – ein Fußbad in einer Waschschiüssel mit warmem Wasser ist eine gute Lösung)

- Je nach Bedarf Nagelpflege durchführen
- Unterkörper ankleiden

- ▶ Nachbereitung
 - Den Betreuten zurück ins Zimmer begleiten
 - Das Badezimmer aufräumen

4. Die Intimpflege

- ▶ Allgemeine Grundsätze:
 - Die Intimpflege sollte möglichst vom Betreuten selbst durchgeführt werden. Falls dieser die Pflege nicht selbst durchführen kann, übernimmt die Pflegekraft diese Aufgabe. In solch einem Fall ist Takt und Einfühlungsvermögen besonders gefragt.
 - Bei der Reinigung der Intimregion wird frisches Wasser gestellt, das Handtuch und der Waschlappen werden gewechselt. Die Betreuungskraft hat spätestens zu diesem Zeitpunkt Einmalhandschuhe anzulegen.

- ▶ Ablauf 1 (bei Frauen)
 - Äußere Schamlippen waschen, spreizen, inneren Bereich vorsichtig abtupfen und trocknen
 - Zunächst Gesäß, dann Analregion von der Scheide zum Po hin waschen und trocknen (von vorn nach hinten)
 - Unterwäsche anziehen

- ▶ Ablauf 2 (beim Mann)
 - Zum Waschen des Penis die Vorhaut über die Eichel zurückschieben und angesammelten Belag entfernen und Vorhaut wieder nach vorne schieben

- Hoden anheben und waschen und alle Hautfalten gut trocknen
- Gesäß wie bei der Frau von vorne nach hinten waschen und trocknen
- Unterwäsche anziehen

5. Die Mundpflege

- ▶ Allgemeine Grundsätze:
 - Die Zahn- und Mundpflege fördert das Wohlbefinden des Bewohners und ist eine Vorbeugungsmaßnahme gegen verschiedene Erkrankungen. Durch regelmäßige Mundpflege werden Bakterien, Beläge und Speisereste entfernt und die Durchblutung des Zahnfleisches angeregt.
 - Die Mundpflege kann sowohl im Bett als auch vor dem Waschbecken durchgeführt werden.
 - Mit steigendem Lebensalter wird die Mundpflege zunehmend problematisch. Viele Senioren vergessen das Zähneputzen, verlieren die Motivation oder sind nicht mehr in der Lage, die Zahnbürste richtig zu nutzen.
 - Nach Möglichkeit sollte die Mundpflege vor dem Waschbecken erfolgen. Falls der Betreute das Bett nicht verlassen kann, wird dieser in die Oberkörperhochlagerung gebracht.
 - Die Pflegekraft übernimmt die Mundpflege nur dann vollständig, wenn der Betreute diese Maßnahme auch mit Unterstützung der Pflegekraft nicht selbstständig durchführen kann.
- ▶ Benötigte Materialien:
 - Handtuch zum Unterlegen
 - Becher mit Mundwasser
 - Zahnbürste, Zahnpasta

- Kleine Schüssel zum Ausspucken (wenn die Mundpflege im Bett erfolgt)
- Strohhalm (wenn der Betreute nicht mehr selbständig aus einem Becher trinken kann)
- Gebisssschale (wenn der Betreute Prothesenträger ist)
- Lippenpflegestift (wenn der Betreute trockene Lippen hat)

► Vorbereitung

- Den Betreuten über die Maßnahme informieren
- Alle Utensilien bereitstellen
- Handschuhe anlegen

► Ablauf

- Den Betreuten aufsitzen lassen
- Das Handtuch unter das Kinn legen
- Nierenschale in die Hand geben (wenn die Mundpflege im Bett erfolgt) und mit der Reinigung der Zähne beginnen
- Außenflächen:
 - Außenflächen immer „von Rot nach Weiß“ (rot = Zahnfleisch, weiß = Zahn) bürsten. Am Zahnfleischrand bildet sich besonders viel Belag. Daher sollte dort die Bürste in einem Winkel von 45 Grad angesetzt und zusätzlich kleine Rüttelbewegungen ausgeführt werden. Die Pflegekraft beginnt auf der linken Kieferseite und putzt dann nach rechts.
- Innenflächen:
 - Die Pflegekraft putzt die Innenflächen mit kleinen kreisenden Rüttelbewegungen. Bei schwer zugänglichen Bereichen, wie z.B. an den Innenseiten der Frontzähne, kann die Zahnbürste auch längs geführt werden.

- Kaufläche: Nun reinigt die Pflegekraft die Kauflächen mit kreisförmigen Rüttelbewegungen. Auch hier beginnt sie auf der linken Kieferseite und putzt dann nach rechts.
- ▶ Nachbereitung
- Den Mund mehrfach ausspülen und in die Nierenschale bzw. in das Waschbecken spucken lassen
 - Mund abwischen lassen
 - Bei Bedarf Lippenpflegestift anwenden

Mundpflege von Prothesenträgern

- ▶ Allgemeine Grundsätze:
- Die Prothesenpflege sollte mindestens zwei- bis dreimal pro Tag erfolgen und mit einer allgemeinen Mundpflege verbunden werden.
 - Wenn der Betreute in der Lage ist, seine Zahnprothese selbst zu reinigen, so wird ihm diese Aufgabe nicht abgenommen.
 - Die Prothese wird unter fließendem Wasser mit Zahnbürste und Zahnpasta gereinigt.
 - Zur Vermeidung von Beschädigungen der Prothese durch Herunterfallen sollte das Waschbecken mit Wasser gefüllt werden und die Reinigung nur tief im Waschbecken erfolgen.
 - Über Nacht kann die Prothese in der Prothesenschale mit einer Reinigungstablette aufbewahrt werden.

6. Das Wannen- und Duschbad

► Allgemeine Grundsätze:

- Das Wannen- und Duschbad stellt eine wichtige pflegende und therapeutische Maßnahme dar, die das Wohlbefinden des Betreuten hebt.
- Duschen ist ein gut geeignetes Mobilisierungsmittel zur Selbstpflege. Das Duschen ist außerdem hautschonender und stellt eine geringere Kreislaufbelastung dar als das Vollbad. Besonders durchblutungsfördernd ist das Wechsel-duschen (abwechselnd warmes und kaltes Wasser).
- Das Wannenbad wirkt beruhigend und entspannend, wenn die Wassertemperatur zwischen 36-38 °C liegt. Besonders wohltuend wirkt der Einsatz von Badezusätzen. Zu langes baden (über 15 Minuten) und zu hohe Temperaturen (über 38 °C) trocknen die Haut aus und belasten den Kreislauf. Ein Vollbad sollte nicht nach dem Essen durchgeführt werden.
- Beim Wannen- und Duschbad besteht ein erhöhtes Unfallrisiko. Daher ist auch bei selbständigen Personen darauf zu achten, dass eine Betreuungskraft oder eine andere Person in der Nähe ist.

Duschen

► Benötigtes Material

- 2 frische Waschlappen
- Gesonderte Waschlappen für den Genital- und Analbereich
- 2-3 Handtücher
- 1 Badetuch
- Waschzusätze: Seife, Waschlotion
- Haarshampoo, Kamm und Haarbürste
- Hautcreme oder eine Körperlotion

- Fön (dieser soll außerhalb des Nassbereiches aufbewahrt werden)

- ▶ Hilfsmittel (je nach Bedarf)
 - Haltegriffe an den Wänden
 - Plastikstuhl in der Duschwanne
 - Dusch- und Schutzfolien (ermöglichen ein problemloses Duschen und Baden auch mit Gips, Verbänden oder bei Hautkrankheiten)

- ▶ Vorbereitung
 - Die zu pflegende Person über die Maßnahme informieren
 - Das Badezimmer vorbereiten – Fenster und Türe schließen
 - Für angemessene Raumtemperatur sorgen (in kühlen Badezimmern empfiehlt sich u. a. ein Heizstrahler)
 - Alle Utensilien bereitstellen
 - Für eine rutschfeste Unterlage am Boden der Duschwanne sorgen
 - Hände reinigen

- ▶ Ablauf
 - Den Betreuten bei Bedarf beim Aufstehen unterstützen und diesen ins Badezimmer begleiten
 - Den Betreuten entkleiden und diesem beim Hinsetzen auf den Duschstuhl helfen
 - Blase und Darm entleeren, falls diese vorhanden sind
 - Gesicht, Hals und Ohren waschen
 - Arme und Hände waschen
 - Den Brustkorb, Bauch und Rücken waschen
 - Oberkörper bedecken
 - Beine waschen
 - Den Betreuten aufrichten und sich vergewissern, dass dieser sicher steht

- Mit einem neuen Waschlappen Leisten, Genitalbereich und Gesäß waschen
 - Den Betreuten in einen Morgenmantel kleiden und ins Zimmer zurückbegleiten
- ▶ Nachbereitung
- Den Patienten im Zimmer ankleiden
 - Bei Bedarf eincremen und Haare föhnen
 - Das Badezimmer aufräumen

Vollbad

- ▶ Benötigtes Material:
- 2 frische Waschlappen
 - gesonderte Waschlappen für den Genital- und Analbereich
 - 2-3 Handtücher
 - 1 Badetuch
 - Waschzusätze: Seife, Waschlotion
 - Haarshampoo, Kamm und Haarbürste
 - Hautcreme oder eine Körperlotion
 - Fön (dieser soll außerhalb des Nassbereiches aufbewahrt werden)
- ▶ Hilfsmittel (je nach Bedarf)
- Badewannensitz und Badewannenlift
 - Rutschfeste Matten
 - Haltegriff
 - Einhängbarer Wannensitz
- ▶ Vorbereitung
- Die zu pflegende Person über die Maßnahme informieren
 - Das Badezimmer vorbereiten – Fenster und Türe schließen

- Für angemessene Raumtemperatur sorgen (in kühlen Badezimmern empfiehlt sich unter u. a. ein Heizstrahler)
- Alle Utensilien bereitstellen
- Für eine rutschfeste Unterlage am Boden der Duschwanne sorgen
- Hände reinigen

▶ Ablauf

- Badewasser einlaufen lassen und Badezusatz nach Anordnung oder Wunsch anwenden
- Den Betreuten nach Bedarf beim Aufstehen unterstützen und diesen ins Badezimmer begleiten
- Den Betreuten entkleiden und diesen auf den Hocker neben der Wanne setzen (wenn möglich auf der Höhe der Badewanne)
- Blase und Darm entleeren, falls diese vorhanden sind
- Beine über den Wannenrand heben (lassen) und mit dem Gesäß auf den Wannenrand rutschen (lassen)
- Nun ins Wasser gleiten lassen
- Gesicht, Hals und Ohren waschen
- Arme und Hände waschen
- Den Brustkorb, Bauch und Rücken waschen
- Die Beine waschen
- Wieder auf den Wannenrand setzen, dann beim Transfer auf den Hocker helfen
- Großes Badetuch um die Schulter legen, ein kleineres Tuch für das Haar verwenden

▶ Nachbereitung

- Den Patienten im Zimmer ankleiden
- Bei Bedarf eincremen und Haare föhnen
- Das Badezimmer aufräumen

2. Mobilität

1. Allgemeines zur Mobilität

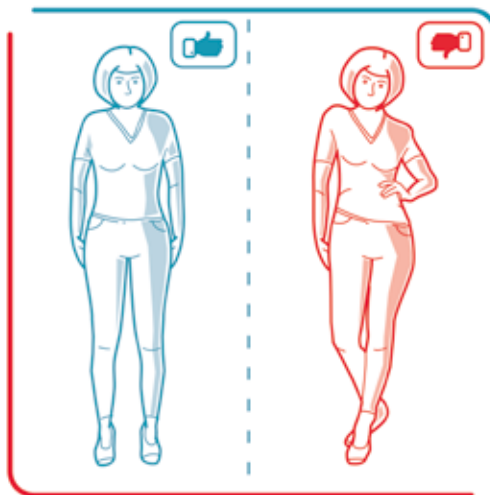
- ▶ Definition
 - Mobilität: „die Eigenbewegung des Menschen mit dem Ziel, sich fortzubewegen oder eine Lageveränderung des Körpers vorzunehmen. Lageveränderung und Fortbewegung umfassen den Lagewechsel im Liegen und Sitzen, das Aufstehen und das Umsetzen sowie das Gehen mit oder ohne Hilfen“ (DNQP 2014).

- ▶ Funktion
 - Mobilität hat ein hohes Potential für eine gute Lebensqualität, Gesunderhaltung und gesundheitliche Prävention. Eine eingeschränkte Mobilität beeinflusst fast alle Lebensbereiche des Menschen wie z.B. die Gehfähigkeit, Dekubitusentwicklung, Thrombose, usw.

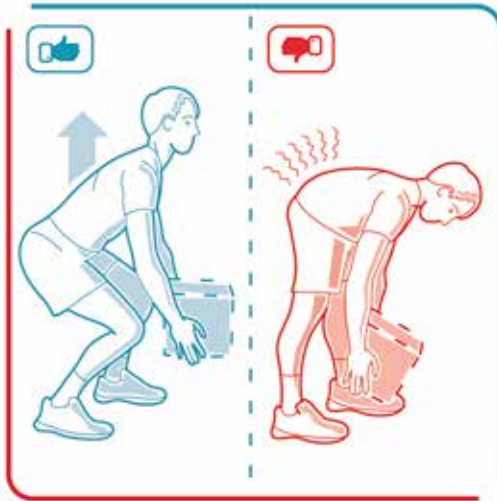
- ▶ Wie wird mobilisiert? (Die rückschonende Arbeitsweise)
 - Bei der Mobilisierung der Patienten ist es wichtig, eine korrekte Rückenhaltung einzunehmen und funktionelle und biomechanische Bewegungsabläufe durchzuführen. Sonst können Rückenschmerzen und Bandscheibenschäden bei der Betreuungskraft auftreten, die ernsthafte gesundheitliche und motorische Konsequenzen nach sich ziehen.

- ▶ Richtlinien für rückschonendes Arbeiten
 - Rutschfeste Schuhe, die nach allen Seiten Halt bieten
 - Die Höhe des Bettes entspricht der Arbeitshöhe

- Nach Möglichkeit wird mit einer Hilfsperson gearbeitet
- Regelmäßiges, ruhiges Ein- und Ausatmen erleichtert das Heben und Tragen von Lasten
- Richtige Ausgangsstellung:
 - Die Beine stehen in Grätsch- oder Schritthaltung
 - Die Fußspitzen zeigen nach vorne
 - Die ganze Fußsohle hat Kontakt mit dem Boden



- Richtige Schwerpunktverlagerung beim Heben
 - Nach sicherem Zufassen wird die Last körperlernah von den Beinen her durch langsames Strecken der Fuß-, Knie- und Hüftgelenke angehoben.
 - Unter Belastung sollten Dehnungen der Wirbelsäule vermieden werden, durch kleine Schritte mit geradem Oberkörper kann die gewünschte Drehung erfolgen.



- Förderung der Mobilität
 - Je nach Grad der Mobilitäteeinschränkungen sind verschiedene Pflegemaßnahmen umzusetzen. Die häufigsten sind: Unterstützung beim Gehen, Transferieren (aufsetzen, hinsetzen, umsetzen), Lagewechsel im Liegen

2. Unterstützung beim Gehen

- ▶ Allgemeine Vorsätze
 - Das Gehen dient zur Wiederherstellung und Aufrechterhaltung der Beweglichkeit, sie bringt aber eine deutliche Sturzgefahr mit sich.
 - Die Pflegekraft beschränkt ihre Hilfeleistung sowie die Nutzung von Hilfsmitteln auf ein Minimum.
 - Das Tempo des Gehens bestimmt die zu betreuende Person.
 - Die Pflegekraft achtet darauf, dass der Betreute möglichst aufrecht geht. Der Körperschwerpunkt soll auf den Füßen liegen.

2.1. Die Pflegekraft geht vor dem Betreuten

- ▶ Anwendung
 - Diese Technik eignet sich nur für sehr kurze Wegstrecken, etwa vom Bett auf einen Sessel.

- ▶ Ausführung:
 - Die Pflegekraft steht vor dem Betreuten und greift mit beiden Armen unter die Achseln oder an das Becken des Betreuten und geht dann rückwärts.

2.2. Die Pflegekraft geht hinter dem Betreuten

- ▶ Anwendung
 - Diese Technik eignet sich bei Betreuten mit sicherem Gang und stabilem Kreislauf.

- ▶ Ausführung:
 - Die Pflegekraft steht leicht versetzt hinter dem Bewohner. Sie greift unter die Achseln und unterstützt damit die aufrechte Haltung des Betreuten.

2.3. Die Pflegekraft geht neben dem Betreuten

- ▶ Anwendung
 - Diese Technik eignet sich besonders bei Betreuten mit unsicherem Gang und/oder bei Betreuten mit Kreislaufproblemen. Bei sehr schwachen Patienten soll die Hilfestellung durch zwei Pflegekräfte erfolgen.

► Ausführung:

- Der Betreute soll seine Hand in die Hand der Pflegekraft legen. Die zweite Hand der Pflegekraft umgreift das Handgelenk des Betreuten und stützt dessen Unterarm auf den der Pflegekraft.



2.4. Gehen mit Gehhilfen (Gehstock, Vierfuß-Gehhilfe, Delta-Gehrad, Rollator)

► Anwendung

- Gehhilfen können angewandt werden, wenn beim Betreuten eine höhere Sicherheit beim Gehen vorhanden ist. Eine kleine Auswahl von verschiedenen Gehhilfen:

► Ausführung

- In der Bedienung sowie im Umgang mit Gehhilfsmitteln soll die Pflegekraft vorher detailliert durch Angehörige eingewiesen werden.

3. Transferieren (Aufsetzen, Hinsetzen, Umsetzen)

- ▶ Allgemeine Vorsätze
 - Das Transferieren des Betreuten hat eine aktivierende Wirkung und ist in vielen Fällen ein wichtiger Schritt zum Wiedererlernen des Gehens.
 - Falls möglich, wird bei der Ausführung des Transfers der Großteil der körperlichen Arbeit vom Betreuten selbst geleistet. Die Aufgabe der Pflegekraft soll sich darauf beschränken, den Betreuten anzuleiten und vor einem Sturz zu schützen.
 - Die Pflegekraft ist sich dessen bewusst, dass das Transferieren ein relativ hohes Sturz- und Verletzungsrisiko mit sich bringt. Es wird daher mit besonderer Umsicht transferiert.
 - Beim Transfer ist gute Kommunikation zwischen Pflegekraft und der zu betreuenden Person von großer Bedeutung. Es ist sehr hilfreich, wenn die Pflegekraft jede Bewegung vorher „ansagt“.
 - Entscheidend für die Durchführung ist der richtige Handkontakt. Die Hände müssen präzise an den vorgesehenen Kontaktflächen aufgesetzt werden.
 - Die individuellen Wünsche des Betreuten sollen berücksichtigt werden.
 - Auf den Kreislauf des Betreuten soll Rücksicht genommen werden.
 - Die Prinzipien der rückschonenden Arbeitsweise sollen berücksichtigt werden.

3.1. Aufsetzen im Bett/Setzen auf die Bettkante

- ▶ Anwendung:
 - Der hier beschriebene Transfer ermöglicht es der Pflegekraft, den Betreuten ohne Hilfsmittel an der Bettkante aufzurichten. Das Setzen auf die Bettkante ist eine Vorbereitung für weitere Bewegungsabläufe wie etwa die Mobilisierung

in den Stuhl bzw. einen Rollstuhl oder die Mobilisierung in den Stand. Auch die Körperpflege wird durch eine sitzende Position deutlich erleichtert.

- Betreute mit erlittenem Schlaganfall können auf diese Weise nicht transferiert werden. Bei diesem Krankheitsbild wird der Standard „Setzen auf die Bettkante für Schlaganfallpatienten“ genutzt.

► Vorbereitung

- Den Betreuten über die Maßnahme informieren
- Die Bettliegefläche auf Arbeitshöhe stellen
- Händedesinfektion durchführen
- Alle Gegenstände aus dem Bett entfernen

► Ablauf:

- Der Betreute wird ein Stück an das Kopfende des Bettes transferiert.
- Das Kopfende des Bettes wird nun hochgestellt.
- Die Pflegekraft bittet den Betreuten, die Beine anzuwinkeln und die Ferse in Richtung Gesäß zu ziehen.



- Die Pflegekraft reicht dem Betreuten die Hand. Der Betreute ergreift die Hand der Pflegekraft, um aus eigener Kraft den Oberkörper zu stabilisieren. Danach dreht die Pflegekraft den Betreuten in Richtung Bettkante.



3.2. Setzen auf die Bettkante für Schlaganfallpatienten

- ▶ Anwendung
 - Der hier beschriebene Transfer ermöglicht es einer Pflegekraft, einen Betreuten mit erlittenem Schlaganfall über die stärker betroffene Seite an der Bettkante aufzurichten. Das Setzen auf die Bettkante ist eine Vorbereitung für weitere Bewegungsabläufe wie etwa die Mobilisierung in den Stuhl bzw. einen Rollstuhl oder die Mobilisierung in den Stand. Auch die Körperpflege wird durch eine sitzende Position deutlich erleichtert.
- ▶ Vorbereitung
 - Den Betreuten über die Maßnahme informieren
 - Die Bettliegefläche auf Arbeitshöhe stellen

- Händedesinfektion durchführen
- Alle Gegenstände aus dem Bett entfernen
- Richtige Bettkante wählen (Der Betreute soll auf diejenige Bettkante mobilisiert werden, welche der stärker betroffenen Körperhälfte entspricht.)

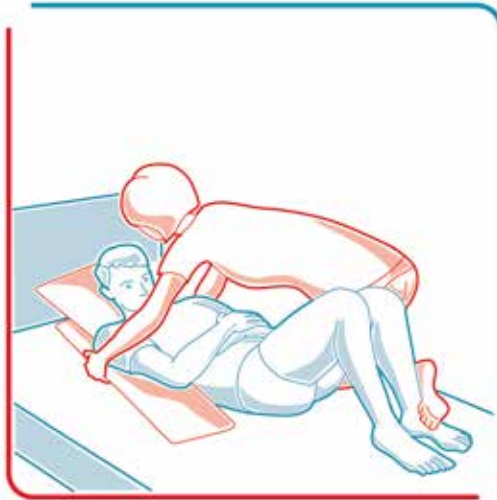
► Ablauf

- Beide Beine aufstellen (Die Füße in Richtung Gesäß so zusammenführen, dass diese weder nach innen noch nach außen fallen.)
- Das Becken zur Seite versetzen (Das stärker betroffene Bein wird zwischen dem Oberarm und dem Oberkörper der Pflegekraft fixiert, die beiden Hände umgreifen die rechte und linke Gesäßhälfte.)



- Den Oberkörper durch Rotation zur weniger betroffenen Seite versetzen (Das stärker betroffene Bein wird mit dem Oberschenkel der Pflegekraft fixiert. die Pflegekraft greift mit beiden Händen unter die Schultern des Betreuten. Dieser

soll nun den Kopf ein wenig anheben und sein Kinn auf die Brust legen.)



- Das stärker betroffene Bein aus dem Bett führen. Der stärker betroffene Fuß wird auf dem Boden aufgestellt. Die Pflegekraft stellt sicher, dass das Bein nicht nach außen rotiert. Die Hände unter Schulterblätter des Betreuten platzieren (Der Betreute soll dabei den stärker betroffenen Arm auf seinen Bauch und den weniger betroffenen Arm auf die Schulter der Pflegekraft legen.)
- Den Bewohner in eine sitzende Position an der Bettkante transferieren (Die Pflegekraft unterstützt die Rotation, indem sie nach hinten und nach unten in die Hocke geht. Der Betreute führt gleichzeitig das weniger betroffene Bein zum Boden.)



3.3. Transfer aus dem Sitzen in den Stand (mit dem Unterarmhebegriff)

- ▶ Anwendung
 - Dieser Transfer ermöglicht es einer Pflegekraft, die zu betreuende Person aus dem Sitz in den Stand zu mobilisieren. Die Voraussetzung dafür ist, dass der Betreute über einen hinreichenden Gleichgewichtssinn verfügt und für einige Augenblicke sicher stehen kann.

- ▶ Vorbereitung
 - Den Betreuten über die Maßnahme informieren
 - Händedesinfektion durchführen
 - Den Betreuten an die Bett- oder Stuhlkante bringen

- ▶ Ablauf
 - Die Pflegekraft steht mit gespreizten Beinen an der Seite des Betreuten. Ihr Fuß steht dabei quer vor den Füßen des Betreuten, sodass diese nicht wegrutschen können.

- Die Pflegekraft legt eine Hand unter den Arm des Betreuten und fasst die Rückseite seiner Schulter. Zugleich soll der Betreute die Schulterrückseite der Pflegekraft fassen.
- Mit der freien Hand hält die Pflegekraft die Stuhllehne fest, um das Wegrutschen des Stuhles zu verhindern.
- Die Pflegekraft veranlasst den Betreuten, sich mit seiner freien Hand an der Stuhllehne festzuhalten. Um mehr Kraft zu gewinnen, soll sich der Betreute zugleich mit seinem Fuß abstützen.
- Nun soll sich der Betreute aufrichten. Wichtig ist dabei die Kommunikation zwischen dem Betreuten und der Pflegekraft. Das Aufrichten sollte auf ein vereinbartes Kommando hin durchgeführt werden.
- Wenn möglich, sollte der Betreute mit Unterstützung der Pflegekraft einige Schritte gehen.

3.4. Aufsetzen im Bett (Hinsetzen)

► Anwendung:

- Der vom Sitzen in den Stand transferierte Betreute soll in eine sitzende Position auf einem Stuhl transferiert werden. Dies soll mithilfe des Stütz- und Hebegriffes erfolgen.

► Ablauf:

- Der Betreute steht mit dem Rücken zum Stuhl. Seine Unterschenkel berühren die Sitzkante.
- Die Pflegekraft steht neben dem Betreuten auf dessen stärker betroffener Seite. Sie unterstützt den Betreuten durch Festhalten am Rücken und des stärker betroffenen Oberarmes.
- Der Betreute lässt sich nun auf den Stuhl sinken. Die Pflegekraft bremst die Bewegung ab.

3.5. Transfer von der Bettkante auf einen Stuhl

► Anwendung

- Der Transfer von der Bettkante auf einen Stuhl ist eine Voraussetzung für viele Pflegemaßnahmen. So kann der Bewohner z.B. aus dem Bett mobilisiert werden, wenn das Bett frisch bezogen werden soll.

► Vorbereitung:

- Über die Maßnahme informieren
- Stuhl in die unmittelbare Nähe des Bettes bringen
- Den Betreuten auf die Bettkante setzen

► Ablauf:

- Die Pflegekraft stellt sicher, dass der Betreute über vier Auflageflächen verfügt: Beide Füße sind auf dem Boden, eine Hand hält die Armlehne des Stuhls und eine Hand liegt auf dem Oberschenkel der Pflegekraft.



- Der Betreute beugt sich nach vorne und verlagert sein Gewicht auf die Füße. Die Pflegekraft hilft ihm dabei, sein Gesäß vom Bett hochzuheben.



- Der Betreute dreht nun langsam seinen Körper in Richtung des Stuhles. Bei der Drehung wird das Gewicht abwechselnd von einem Fuß auf das andere verlagert.
- Der Betreute soll nun vorsichtig sein Gesäß auf der Sitzfläche des Stuhles absetzen.

3.6. Transfer von der Bettkante in einen (Roll-)Stuhl für Schlaganfallpatienten

- ▶ Anwendung:
 - Der reguläre Standard „Der Transfer von der Bettkante auf einen Stuhl“ lässt sich für Schlaganfallpatienten nicht nutzen.
- ▶ Vorbereitung:
 - Über die Maßnahme informieren

- Stuhl in die unmittelbare Nähe des Bettes bringen
- Den Betreuten auf die Bettkante setzen

► Ablauf

- Der Betreute sitzt neben der Pflegekraft auf dem Bett. Die Pflegekraft sitzt an der stärker betroffenen Seite des Betreuten. Der Stuhl steht neben der weniger betroffenen Seite des Betreuten.



- Die Pflegekraft legt das stärker betroffene Bein des Betreuten auf das eigene Bein. Die stärker betroffene Hand wird auf dem Oberschenkel des stärker betroffenen Beines abgelegt.
- Mit der weniger betroffenen Hand greift der Betreute die Armlehne des Stuhls.
- Der Betreute beugt sich nach vorne und verlagert sein Gewicht auf die Beine. Die Pflegekraft hilft diesem dabei, sein Gesäß vom Bett hochzuheben.



- Die Pflegekraft folgt der Bewegung des Bewohners und rutscht seitlich auf der Bettkante ein Stück in Richtung des Stuhles. Da das Gewicht des Bewohners noch immer zur Hälfte auf dem Oberschenkel der Pflegekraft ruht, wird der Betreute durch diese Bewegung gedreht. Dessen Gesäß zeigt nun in Richtung der Sitzfläche des Stuhles. Die Pflegekraft achtet darauf, dass das weniger betroffene Bein nicht verdreht wird.
- Der Betreute soll nun vorsichtig sein Gesäß auf die Sitzfläche des Stuhles setzen.

4. Lagewechsel im Liegen

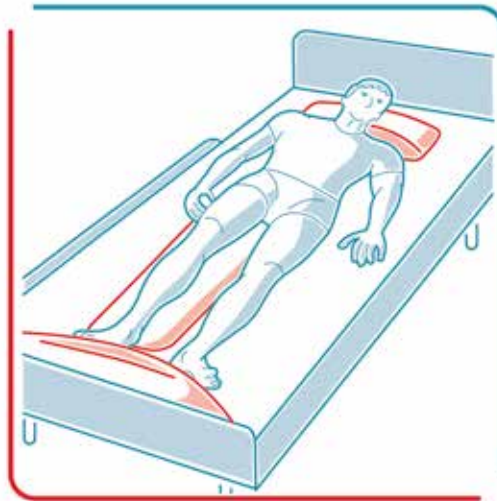
- ▶ Allgemeine Vorsätze
 - Lagewechsel im Liegen dient zur Druckentlastung und ist ein wichtiger Teil der Dekubitusprophylaxe. Außerdem ist der Lagewechsel bei bettlägerigen Betreuten notwendig, um weitere Pflegemaßnahmen, wie etwa Betten oder Nahrungsaufnahme, durchzuführen.

- Viele Senioren bevorzugen zum Ruhen und zum Schlafen die Rücken- oder Bauchlage. Diese beiden Positionen sind jedoch mit einem hohen Dekubitus-Risiko verbunden, weshalb diese Liegepositionen mit effizienteren Lagerungstechniken (insbesondere 30-Grad-Schräglage) ergänzt werden sollten.
- Die Wahl der Lagerungstechniken soll mit dem Arzt abgeklärt werden und den individuellen Gewohnheiten des Betreuten entsprechen. Das Wohlbefinden und der Schlafkomfort des Betreuten sind hier von besonderer Bedeutung.
- Zu beachten ist, dass jede Position nicht zu lange beibehalten werden darf, sondern in regelmäßigen Abständen die Liegeposition gewechselt werden muss.
- Als Lagerungshilfsmittel eignen sich besonders gut Handtücher, Bettdecken (gefaltet/als Rolle) sowie Kissen. Dazu kann beispielsweise ein gefaltetes Handtuch unter der Schulter positioniert und nach kurzer Zeit unter das Becken geschoben werden.

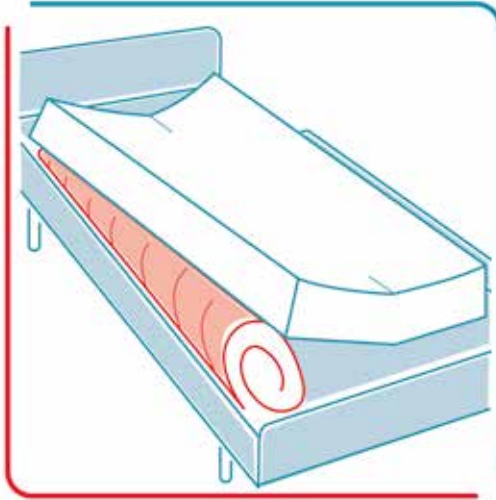
4.1. 30-Grad-Schräglage

- ▶ Anwendung
 - 30-Grad-Schräglage ist anhand Ihrer zahlreichen Vorteile die beste Positionierung bei der Dekubitusprophylaxe
 - Das Dekubitus-Risiko ist sehr gering.
 - Stellt keine Belastung für den Kreislauf dar.
 - Die Nahrungsaufnahme ist möglich.
 - Lagerungswechsel ist alle 2 Stunden mit geringem Kraftaufwand möglich.
- ▶ Durchführung 1 (Mit Lagerungshilfsmittel)
 - Der Betreute wird auf die Seite gedreht. Hinter seinem Rücken werden die für die Lagerung benötigten Kissen platziert.

- Ein Lagerungskissen wird unter dem Oberschenkel abgelegt, sodass es bis ans Gesäß reicht. Daran schließt sich ein zweites Kissen an, das unter dem Gesäß und unter dem Rücken in Richtung Schulter liegt. Die Schulter selbst wird frei gelagert.
- Nun wird der Betreute wieder in die Rückenlage gebracht und auf den Kissen gelagert.



- Durchführung 2 (Mit schiefer Ebene)
- Die Pflegekraft unterlagert eine Seite der Matratze über die gesamte Länge mit einer zusammengerollten Decke. Sie beginnt an den Füßen und arbeitet sich zum Kopfende vor.
 - Die Decke sollte keilförmig unter die Matratze gebracht werden. Direkt unter der Bettkante sollte die Decke dicker sein als in Richtung Bettmitte.



- ▶ Folgende Punkte sollen beachtet werden:
 - Der Kopf wird mit einem kleinen Kissen unterlegt.
 - Die Arme lassen sich frei nach vorne strecken.
 - Das Steißbein und der Rollhügel liegen belastungsfrei.
 - Die Beine werden nebeneinander abgelegt. Sie sollten nicht übereinander liegen. Falls sich Berührungspunkte nicht vermeiden lassen, wird ein Kissen dazwischen gelegt.
 - Auf die Fersen wird besonders geachtet. Bei Bedarf werden sie frei gelagert, indem unter die Unterschenkel ein Kissen gelegt wird.

5. Betten eines Bettlägerigen

- ▶ Vorbereitung
 - Über die Maßnahme informieren
 - Hände desinfizieren
 - Alle Lagerungshilfsmittel aus dem Bett entfernen
 - Das Kopfteil flachstellen

► Ablauf

- Die Pflegekraft bietet dem Betreuten an, sich auf die Seite zu drehen. Ein Bettgitter bietet bei Bedarf Halt.
- Nun löst die Pflegekraft das Stecklaken und das Bettlaken und rollt beides längs an den Rücken des Betreuten.
- Ein neues Laken und ein neues Stecklaken werden gespannt und den Rücken des Betreuten gerollt.
- Jetzt dreht die Pflegekraft den Betreuten über die Wäschrolle in der Mitte des Bettes und lagert diesen bequem.
- Die Schmutzwäsche wird entfernt.
- Laken und Stecklaken werden entrollt und faltenfrei über die Matratze gespannt.
- Die Pflegekraft dreht den Betreuten zurück auf den Rücken und deckt diesen zu.

3. Umgang mit Demenzkranken

- ▶ Allgemeine Vorsätze
 - Demenz ist eine im Alter sehr häufig auftretende Erkrankung, die sich durch den Verlust der geistigen Funktionen (Denkvermögen, Erinnerungsvermögen, Orientierung, Urteilsvermögen und Verknüpfen von Denkinhalten) auszeichnet.
 - Demenz ist der Oberbegriff für viele Krankheiten mit ähnlichem Verlauf. Der Krankheitsprozess beginnt dabei meist unbemerkt. Je nach Fortschritt und Ausmaß der Krankheit, insbesondere bei Alzheimer ist die pflegerische Abhängigkeit des Betroffenen besonders groß.
 - Beim Umgang mit Demenzkranken sind besonders ein hohes Maß an psychischer Konsistenz, Einfühlungsvermögen und verständnisvoller Umgang gefragt.
 - Durch Prophylaxe und entsprechende Pflegemaßnahmen lassen sich die Symptome der Krankheit reduzieren bzw. das Voranschreiten der Krankheit verlangsamen.
 - Neben der Prophylaxe sind die richtige Kommunikation und die vernünftige Gestaltung des Alltages sowie passende Schutzmaßnahmen die wichtigsten Mittel beim Umgang mit Demenzkranken.
 - Demenzkranke haben ein starkes Bedürfnis danach, sich gebraucht zu fühlen. Daher ist wichtig, Demenzkranken bestimmte Tätigkeit zu überlassen und sie daran zu erinnern, die Tätigkeiten zu erledigen und ihnen dazu die nötigen Anweisungen zu geben, statt dem Betroffenen alle Tätigkeiten und Aufgaben abzunehmen.

► Merkmale

- Orientierungslosigkeit in alltäglichen Situationen
- Wiederkehrende Vergesslichkeit
- Konzentrationsprobleme und verlangsamtes Denken
- Auffassungsstörungen
- Reduzierung des Urteilsvermögens
- Allgemeine Verlangsamung und Umstellungsschwierigkeit
- Stimmungsschwankungen
- Neigung zur Gewalttätigkeit, Aggressivität, Apathie und Unempfindlichkeit
- Ständiges Wiederholen gleicher Gedankeninhalte
- Nächtlicher Unruhezustand
- Zeitliche Desorientierung
- Weglauftendenzen

► Prophylaxe & Pflegemaßnahmen

- Richtige Ernährung
- Tägliche Bewegung
- Tägliches Erledigen von Aufgaben
- Vorlesen oder lesen lassen (z. B. Zeitung oder alte Berichte)
- Zeichnen und Malen ggf. auch Basteln
- Handwerkliche Tätigkeiten
- Fotoalben anschauen
- Besuche im Theater, in der Oper, Konzertbesuche
- Soziale Kontakte mit Angehörigen und/oder Bekannten

► Tipps zur Kommunikation

- Halten Sie beim Gespräch den Blickkontakt und reden Sie den Betreuten namentlich an.
- Loben sie den Betreuten für Dinge, die dieser eigenständig erledigt hat und verzichten Sie auf Kritik bei nicht oder falsch erledigten Dingen.

- Geben Sie dem Betreuten genügend Zeit und setzen Sie ihn nicht unter Druck, wenn dieser länger über eine Antwort nachdenkt.
- Bei Bedarf wiederholen Sie wichtige Informationen. Verwenden Sie dabei immer dieselben Formulierungen und achten Sie auf einen freundlichen Ton.
- Schenken Sie dem Betreuten Aufmerksamkeit und zeigen Sie Interesse an ihm durch stellen einfacher Fragen. Sprechen Sie mit dem Betreuten über Dinge, die er aus der Vergangenheit kennt.
- Reden Sie langsam und deutlich. Verwenden Sie dabei einfache Sätze und vermeiden Sie Ironie und Zweideutigkeiten.
- Bleiben Sie ruhig und vermeiden Sie Konflikte, wenn sich der Betreute aggressiv verhält und schreit. Stattdessen wechseln Sie das Thema oder gehen dem Betreuten aus dem Wege nach dem Prinzip der sanften Ablenkung. Das aggressive Verhalten ist meistens krankheitsbedingt und benötigt daher Ihr Verständnis.
- Reagieren Sie nicht auf Anschuldigungen und Vorwürfe. Diese werden oft durch Frust ausgelöst und richten sich nicht gegen Sie persönlich.
- Sorgen Sie für eine gute Stimmung, wenn der Betreute traurig ist oder sich apathisch verhält. Erinnern Sie den Betreuten an positive Ereignisse im Leben. Diese können schöne Erlebnisse mit Verwandten und Freunden sein. Auch das Hören von Lieblingsliedern oder das Anschauen von Fotos können zu kurzzeitigem Glücksempfinden führen.
- Stellen Sie nicht mehr als zwei Angebote zur Auswahl. Fragen Sie lieber: „Möchtest du einen Apfelsaft oder lieber einen Orangensaft?“ anstatt: „Welchen Saft möchtest du trinken?“

- ▶ Tipps zur Alltagsgestaltung & Sicherheitsmaßnahmen
 - Vereinbaren Sie feste Plätze für alle wichtigen Gegenstände.
 - Ritualisieren Sie Alltagsverrichtungen.
 - Gestalten Sie einen übersichtlichen und möglichst festen Tagesablauf. Berücksichtigen Sie dabei die Gewohnheiten des Betreuten.
 - Verwenden Sie Symbole oder Farben, die die Orientierung erleichtern.
 - Verhindern Sie das Weglaufen des Betreuten durch Zuschließen der Haustüre.
 - Verhindern Sie ein unbedachtes Hantieren mit gefährlichen Gegenständen (Herd, Kamin, Werkzeug, Verbrühungsgefahr bei Wasserkochen, usw.).
 - Bewahren Sie Spülmittel, WC-Reiniger und dergleichen an für den Betreuten unzugänglichen Orten, um das Zusichnehmen gesundheitsgefährdender Flüssigkeiten auszuschließen.

4. Hygienischer Umgang mit Lebensmitteln

- Nach Daten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind es nur wenige Fehler beim Umgang mit Nahrungsmitteln, die für einen großen Teil lebensmittelbedingter Erkrankungen verantwortlich sind. Durch das Umsetzen der folgenden Maßnahmen sollen Bakterien und Schimmelpilze abgetötet werden, so dass es zu keinen Lebensmittelinfektionen und -vergiftungen kommt.
- ▶ Reinigen
 - Die Betreuungskraft wäscht vor jeder Essenszubereitung und vor dem Essen regelmäßig die Hände mit warmem Wasser und Seife – vor allem nach dem Besuch der Toilette, nach dem Windelwechseln, nach Gartenarbeiten und Tierkontakten.
 - Oberflächen und Gerätschaften werden regelmäßig gereinigt und desinfiziert. Insbesondere Schneidebretter, Messer und andere Küchenutensilien werden nach jedem Kontakt mit rohem Fleisch, Geflügel, rohen Eiern, Fisch sowie rohen pflanzlichen Produkten mit heißem Wasser und Reinigungsmittel gewaschen.
 - Handschmuck wird komplett abgelegt.
 - Bei Wunden an den Händen müssen Schutzhandschuhe getragen werden.
 - Küchentücher werden regelmäßig gewechselt und gründlich gewaschen. Eventuell werden Einmal-Papiertücher verwendet.
- ▶ Lagern
 - Hackfleisch wird möglichst noch am Tag der Herstellung verarbeitet.

- Frischer Fisch und andere frische Fischereierzeugnisse dürfen nur bei Temperaturen unter +2 °C („bei annähernder Schmelzeistemperatur“) gelagert werden.
 - Rohes Fleisch, Geflügel, und Fisch werden (möglichst bereits beim Einkauf) von anderen Lebensmitteln getrennt.
 - Eier werden immer im Kühlschrank aufbewahrt.
 - Fertige Speisen werden immer in geschlossenen Gefäßen gelagert oder z. B. durch Folie abgedeckt. Das zu lange Stehenlassen von Speisen bei Raumtemperatur ist eine häufige Ursache von Lebensmittelvergiftungen.
- ▶ Prüfen
- Verdorbene Lebensmittel werden immer entsorgt (die Betreuungskraft achtet auf Verbrauchsdatum der Lebensmittel und vergewissert sich durch Nachschauen und Riechen, ob diese nicht verdorben sind).
- ▶ Kühlen und Auftauen
- Verderbliche Lebensmittel werden (insbesondere Hackfleisch und fertig gekochte Speisen) sofort ausreichend gekühlt oder eingefroren (Die Betreuungskraft achtet darauf, dass die Kühlung ausreichend ist – Der Kühlschrank sollte auf eine Temperatur möglichst unter 7–8 °C eingestellt sein).
 - Speisen abkühlen lassen, bevor man sie in den Kühlschrank stellt.
 - Fleisch und Geflügel werden immer im Kühlschrank oder in der Mikrowelle, nie bei Zimmertemperatur oder im warmen Wasserbad aufgetaut.
 - Bei gefrorenem Fleisch und Fisch entstehen beim Auftauen viele Tropfen. Da diese viele Bakterien enthalten und der ideale Nährboden für Keime sind, achtet die Betreuungs-

kraft darauf, dass die Abtropflüssigkeit nicht mit rohen Lebensmitteln in Berührung kommt.

- Aufgetaute Lebensmittel werden nicht wieder eingefroren.
- ▶ Erhitzen (Fleisch, Fisch, Eier, Rohmilch, Meeresfrüchte)
- Rohe Lebensmittel werden grundsätzlich erhitzt.
 - Die Kerntemperatur von 70 bis 80 °C soll für die Dauer von mindestens zehn Minuten gehalten werden. Die Speisen sollen dadurch völlig durchgebraten oder gegart werden. Dabei müssen alle Teile eine Temperatur von mindestens 70 °C erreichen.
 - Rühr- und Spiegeleier immer durchbraten, Frühstückseier mindestens fünf Minuten kochen.
 - Frischen Fisch so lange garen, bis er undurchsichtig ist und sich mit einer Gabel leicht in Schichten zerteilen lässt.
 - Beim Garen in der Mikrowelle sicherstellen, dass die Speisen gleichmäßig und ausreichend lange erhitzt werden.
- ▶ Waschen (Obst, Gemüse, Salat)
- Früchte, Salat und Gemüse werden immer mit Trinkwasser gewaschen. Die Temperatur des Waschwassers sollte – wenn möglich – höher sein als die von Obst und Gemüse.
 - Obst und Gemüse werden nach dem Waschen nicht nass liegen lassen.
 - Durch kurzzeitiges Blanchieren (1 Minute) kann eine effektive Keimreduzierung erreicht werden.

5. Erste Hilfe

1. Notruf

- ▶ Notrufnummern in Deutschland
 - Polizei: 110
 - Feuerwehr: 112
 - Notruf: 112

- ▶ Folgende Informationen braucht die Leitstelle auf jeden Fall:
 - Wo ist der Notfall? /Unfall?
 - Was ist geschehen?
 - Wie viele Menschen sind betroffen?
 - Wer ruft an? (Name und Telefonnummer für eventuellen Rückruf)
 - Beantworten Sie die Fragen der Rettungsleitstelle und legen Sie nicht auf. Der Leitstellenmitarbeiter beendet das Gespräch.

2. Regloser Mensch – Notfallcheck

Sie finden einen Bewohner reglos am Boden liegen. Führen Sie sofort einen Notfallcheck durch. Dieser ermöglicht auf einfache Weise festzustellen, ob es sich hier nun um eine Bewusstlosigkeit (normale Atmung) oder einen Atem-Kreislauf-Stillstand handelt (keine Atmung).

- Bewusstseinskontrolle
 - Sprechen Sie den Betreuten laut an und schütteln Sie ihn sanft an den Schultern.

- Notruf
 - Reagiert er nicht, so rufen Sie laut um Hilfe, damit jemand den Notruf (112) durchführen kann.
 - Wenn keine Person in der Nähe ist, setzen Sie den Notruf selbst ab.
- Freimachen der Atemwege
 - Machen Sie die Atemwege frei: Überstrecken Sie den Kopf, indem Sie eine Hand auf die Stirn legen und mit der anderen das Kinn hochziehen.
- Atemkontrolle
 - Kontrollieren Sie die Atmung: Überprüfen Sie max. 10 Sekunden, ob Sie normale Atmung hören, sehen oder fühlen.
 - Schauen Sie, ob sich Brustkorb und Bauch wie bei der normalen Atmung heben.
 - Falls eine normale Atmung feststellbar ist, führen Sie die stabile Seitenlage durch.
 - Falls keine normale Atmung feststellbar ist, liegt ein Atem-Kreislauf-Stillstand vor. Jetzt müssen Sie Herzdruckmassagen durchführen.

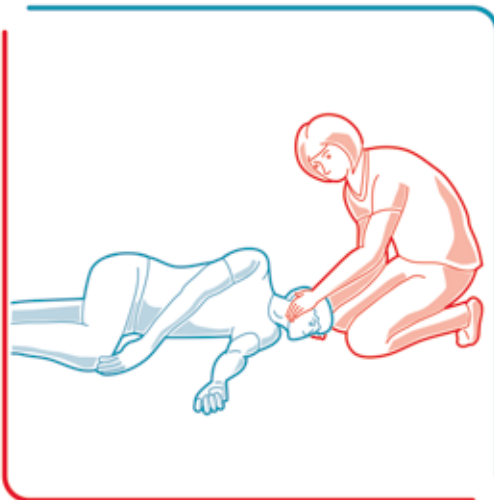
3. Stabile Seitenlage

Der Betreute liegt reglos auf dem Rücken. Sie haben bereits den Notfallcheck durchgeführt und eine normale Atmung festgestellt – er ist bewusstlos. Der Erkrankte muss nun in die stabile Seitenlage gebracht werden.

- Legen Sie den Arm auf Ihrer Seite im rechten Winkel weg von seinem Körper.
- Ziehen Sie das gegenüberliegende Knie hoch und legen Sie das Handgelenk des anderen Arms darauf.
- Drehen Sie den Bewusstlosen zu sich.

- Überstrecken Sie den Kopf vorsichtig und öffnen Sie den Mund, damit Blut, Speichel oder Erbrochenes aus dem Mund abrinnen können.
- Wenn Sie alleine sind, führen Sie spätestens jetzt den Notruf durch.
- Öffnen Sie beengende Kleidung und sorgen Sie für frische Luft. Achten Sie darauf, dass Verletzte langsam und ruhig atmen.
- Sorgen Sie für frische Luft und decken Sie Verletzte zu, wenn ihnen kalt ist.
- Bleiben Sie bei Verletzten und sprechen Sie mit ihnen, bis der Rettungsdienst eintrifft.

Durch die stabile Seitenlage wird sichergestellt, dass die Atemwege freigehalten werden und Erbrochenes oder Blut ablaufen kann. Der Betroffene wird so vor dem Ersticken bewahrt.



4. Atem -Kreislauf- Stillstand (Herzdruckmassagen)

Der Betreute liegt reglos auf dem Rücken. Sie haben bereits den Notfallcheck durchgeführt und keine Reaktion auf Ansprache und Rütteln, sowie keine normale Atmung festgestellt. Es muss jetzt schnellstmöglich gehandelt werden.

- Veranlassen Sie den Notruf bzw. führen Sie diesen selbst durch.
- Legen Sie eine Hand mit dem Handballen auf die Mitte des Brustkorbs.
- Legen Sie die zweite Hand darüber und strecken Sie beide Arme durch.
- Drücken Sie 30x schnell und kräftig mit beiden Händen auf den Brustkorb.
- Wenn Sie die Herzdruckmassage durchgeführt haben, bereiten Sie die Beatmung vor: Zum Eigenschutz können Sie ein Beatmungstuch verwenden: Legen Sie eine Hand auf die Stirn des Betroffenen. Ziehen Sie das Kinn hoch. Drücken Sie dann die Nasenlöcher zu.
- Blasen Sie Ihre Atemluft in den Mund des Betroffenen, sodass sich sein Brustkorb und Bauch wie bei einer normalen Atmung heben. Holen Sie Luft und wiederholen Sie die Beatmung ein zweites Mal.
- Herzdruckmassage und Beatmung werden so lange durchgeführt, bis der Betroffene wieder normal atmet oder die Rettungskräfte eintreffen. Falls weitere Personen vor Ort sind, wechseln Sie sich nach wenigen Minuten mit der Herzdruckmassage ab. Wenn vorhanden: Defibrillator einschalten und den Anweisungen nach anwenden.
- Wenn Sie sich die Beatmung nicht zutrauen oder darin nicht trainiert sind, führen Sie ausschließlich Herzdruckmassagen durch.



5. Herzinfarkt

Der Betreute bekommt plötzlich ein Engegefühl in der Brust und hat in die Arme ausstrahlende Schmerzen. Er ist unruhig, kaltschweißig und blass im Gesicht. Sorgen Sie für Ruhe und führen Sie folgende Maßnahmen durch:

- Lagern Sie den Erkrankten mit erhöhtem Oberkörper, am besten gleich am Boden. Der Erkrankte soll langsam und tief durchatmen, dabei kann er sich selbst mit den Armen (am Boden) abstützen.
- Führen Sie sofort einen Notruf durch.
- Falls vorhanden, lassen Sie einen Defibrillator und einen Verbandskasten holen. Knien Sie sich hinter den Erkrankten, lassen Sie seine Arme nach hinten aufstützen und sagen Sie ihm, dass bald Hilfe eintrifft. Öffnen Sie beengende Kleidungsstücke wie Krawatte oder Gürtel.
- Sorgen Sie für frische Luft und öffnen Sie die Fenster.
- Decken Sie ihn zu und sorgen Sie weiter für Ruhe.
- Sprechen Sie mit dem Erkrankten. Bereiten Sie ihn darauf vor, dass in Kürze der Rettungsdienst eintrifft.

- Bei Bewusstlosigkeit und vorhandener Atmung: Stabile Seitenlage auf die gelähmte Seite
- Bei Herz-Kreislauf-Stillstand: Herzdruckmassage.

6. Schlaganfall

Der Betreute ist sprachlich und motorisch anders als sonst. Auch hat er einen herabhängenden Mundwinkel und ein einseitig geschlossenes Augenlid. Das ist ein Anzeichen dafür, dass der Betreute einen Schlaganfall erlitten hat. Nun sind folgende Maßnahmen umzusetzen:

- Setzen Sie sofort einen Notruf ab.
- Führen Sie den Notfallcheck durch.
- Falls der Betroffene bei Bewusstsein ist, diesen bequem und mit erhöhtem Oberkörper lagern.
- Die gelähmten Körperteile polstern.
- Bei Bewusstlosigkeit und vorhandener Atmung: Stabile Seitenlage auf die gelähmte Seite
- Bei Herz-Kreislauf-Stillstand: Herzdruckmassage.

7. Verbrennung

Der Betreute hat sich mit heißem Wasser und Wasserdampf verbrüht oder es kam sogar zu Verbrennungen durch offenes Feuer. Dann sind folgende Maßnahmen umzusetzen:

- Löschen sie den Brand mit Wasser, Decken oder durch Wälzen des Verunfallten am Boden.
- Kühlen Sie die verletzten Stellen sofort nach dem Unfall ca. 10 bis 15 Minuten lang mit Wasser. Beim Kühlen ist darauf zu

achten, die betreffenden Stellen nicht übermäßig zu kühlen, sodass die Temperatur unter 15 °C sinkt, um eine Unterkühlung zu vermeiden.

- Bedecken Sie die Wunden keimfrei und decken Sie den Betroffenen zu.
- Entfernen Sie niemals eingebrannte Kleidung!
- Öffnen Sie niemals Brandblasen!
- Bei Stromunfällen immer erst den Stromkreis unterbrechen/abschalten!
- Bei tiefgradigen Verbrennungen und Verbrühungen den Notruf absetzen.
- Bei Bewusstlosigkeit und vorhandener Atmung: Stabile Seitenlage.
- Bei Herz-Kreislauf-Stillstand: Herzdruckmassage.

8. Wunden

*Knie aufgeschlagen, in den Finger geschnitten, Kratzer eingefangen.
Wenn sich der Betreute verletzt, können Sie mit folgenden Maßnahmen schnell und wirkungsvoll helfen:*

- Spülen Sie die Wunde mit sauberem, handwarmem Wasser aus, damit Schmutz, Steinchen etc. aus der Wunde rausgespült werden.
- Ziehen Sie keine Fremdkörper heraus!
- Fixieren Sie eine keimfreie Wundauflage mit einem Dreiecktuch oder Verband.
- Decken Sie den Betreuten zu und sorgen Sie für Ruhe.
- Bei Stichwunden: den Arzt holen.
- Bei Starken Blutungen: Notruf absetzen.
- Bei Bewusstlosigkeit und vorhandener Atmung: Stabile Seitenlage auf die gelähmte Seite.
- Bei Herz-Kreislauf-Stillstand: Herzdruckmassage.

ACTIVE CARE Sp. z o.o.
ul. 1 Maja 43a/2
58-500 Jelenia Góra
Tel. 75-64440836
Email: info@activecare24.pl
Web: www.activecare24.pl

