

Bildungsakademie und Wissenschaft im Gesundheitswesen

**Facharbeit zur schriftlichen Prüfung
Pflegeexperten für Menschen im Wachkoma**

Thema:

Lagerung eines Menschen im Wachkoma

Autor:

Sabrina Schmitz

WK 08 Limburgerhof

Prüfer/in:

Marcello Ciarrettino

Tatiana Rieger

Limburgerhof, im August 2008

1) Abkürzungsverzeichnis

bzw:	beziehungsweise
d.h.:	das heißt
etc:	et cetera (lateinisch) und so weiter
z.B.:	zum Beispiel
sst.:	selbstständig
u.s.w.:	und so weiter
ca.:	circa, in etwa

2) Definition Wachkoma nach ANA

ANA : nach American Neurological Association 1993

Ursprünglich:

Erlöschen des Selbstbewusstseins und der Kontaktfähigkeit

Jetzt:

- Wachkoma – Apallisches Syndrom – Coma Vigile
- erhaltene Spontanatmung (wenn auch nicht immer suffizient)
- Schlaf-/Wachrhythmus
- geöffnete Augen
- kein fixieren
- keine sinnvolle Reaktion auf Ansprache oder Berührung
- keine eigene Kontaktaufnahme zur Umwelt

3) Remissionsphasen nach Franz Gerstenbrand (1967)

1. Koma (Zustand Koma)

2. Coma Vigile – Wachkoma – Apallisches Syndrom (Zustand Wachkoma)

- keine emotionale Reaktion
- lange Schlaf,- kurze Wachphasen
- Wischbewegungen, orale Mechanismen

3. Primitiv – Psychomotorische Phase (Prozess Wachkoma)

- Wachphasen beginnen sich an der Tageszeit zu orientieren
- Bewohner/Patienten halten für kurze Zeit Blickkontakt
- Esstraining wird möglich

4. Phase des Nachgreifens (Prozess Wachkoma)

- erste mimische Reaktionen wie ein Lächeln oder schmollen können beobachtet werden
- es wird alles in den Mund gesteckt, jedoch ohne jegliche Absicht dahinter
- Nachlassen des Muskeltonus

5. Klüver Bucy Phase (Prozess Wachkoma)

- Esssucht
- Desorientiertheit (örtlich, zeitlich, situativ, zur Person)
- fehlendes Schamgefühl kann beobachtet werden

6. Korsakow Phase (Prozess Wachkoma)

- Aufbau der Sprache (Logopädie)
- freies Laufen
- Orientierungsphase

7. Integrationsstadium (Prozess Wachkoma)

- der Patient beginnt, sich mit seiner Umwelt auseinander zu setzen und plant seinen Tagesablauf
- in den meisten Fällen wird der Patient Harn ,- und Stuhlkontinent
- die Einstellung zu sich selbst und zur eigenen Behinderung ist wieder „positiver“

4) Vorwort

Aufgrund des medizinischen Fortschritts überleben heute viele Menschen schwere und schwerste Hirnschädigungen.

Menschen z.B. im sogenannten Wachkoma.

Seit ca. einem Jahr arbeite ich in einer Phase F- Einrichtung mit Menschen, die im Wachkoma leben, zusammen.

Seit einem Jahr..., ja ich weiß das ist noch kein halbes Leben, aber für mich war es lange genug um festzustellen, dass wir eigentlich viel zu wenig über dieses Thema wissen.

Damit meine ich nicht nur uns Krankenschwestern, Krankenpfleger, Mediziner, Therapeuten, ... u.s.w.; nein, ich möchte die Öffentlichkeit nicht vergessen zu erwähnen.

Ich musste miterleben, wie unsere Bewohner in der Öffentlichkeit abgelehnt und ignoriert wurden. Sie wurden mit traurigen, entsetzten oder „was machen die denn hier?“ –Blicken bestraft. Traurig, einfach nur traurig!

Ich finde nicht, dass Unwissenheit dieses Verhalten rechtfertigt, nein, das nicht. Aber ich denke, dass manches Verhalten sich ändert, wenn man erst erkennt, welche unglaublich tolle und lebenswürdige Persönlichkeiten in diesen Menschen verborgen sind.

Sie haben ein Recht auf Leben, und wir sollten dafür Sorge tragen, dass es ein würdevolles und so angenehm wie mögliches Leben ist.

5) Einleitung

Die Arbeit mit Menschen, die im Wachkoma leben, erfordert eine besondere Berücksichtigung und ist nicht mit „normaler“ Pflegebedürftigkeit gleichzusetzen. Vor etwa einem Jahr wurde im Krankenhaus Neuburg eine Phase F- Abteilung eröffnet, die meine Teamkollegen und ich mit aufbauen durften. Durch meine Erfahrungen, die ich in dieser Zeit sammeln konnte, entstand der Wunsch, an der Weiterbildung „Pflegeexperte/expertin für Menschen im Wachkoma“ teilzunehmen.

Während dieser Weiterbildung wurde mir schnell klar, welches Thema ich für meine Hausarbeit nehmen würde: **Lagerung eines Menschen im Wachkoma.**

Auch wenn der Tagesablauf unserer Bewohner/Patienten viele therapeutisch und pflegetherapeutische Interventionen enthält, so beträgt doch die, wie wir es nennen, „therapiefreie Zeit“ den Löwenanteil.

Der krönende Abschluss einer pflegetherapeutischen Tätigkeit ist eine Lagerung. Es gibt viele verschiedene Lagerungsarten wie: die Bauchlagerung, stabile Seitenlagerung, 90 Grad Seitenlage, 30 Grad Seitenlage, Halbmondlage, VATI-Lagerungen, Oberkörperhochlagerungen,...

Doch welche Lagerung ist für Menschen im Wachkoma am geeignetsten? Dafür müssen wir uns erst einmal die Frage stellen: Warum lagern wir denn überhaupt?

Testet es an euch selbst. Legt euch ins Bett und versucht eure Position zwei Stunden nicht zu verändern. Glaubt mir, es gibt nicht nur Stellen am Körper, die wegen des hohen Auflagedrucks sehr stark schmerzen werden, nein es gibt noch viele Dinge mehr, die euch dazu bewegen werden, eure Lage vorzeitig zu verändern.

Unseren Bewohnern ist meist aufgrund krankheitsbedingter Prozesse die Fähigkeit zum selbstständigen Positionswechsel genommen. Sie sind in allen ATLS auf Hilfe angewiesen. Durch uns lernen sie Schritt für Schritt in den normalen Alltag zurückzukommen. Eine unserer Aufgaben ist es, diese Bewohner/Patienten individuell nach Zeitplan, doch vor allem bequem zu „lagern“.

Ich habe mich in meiner Facharbeit auf die Lagerung in Neutralstellung (LIN) nach Heidrun Pickenbrock konzentriert, weil wir festgestellt haben, dass es für unsere Bewohner eine sehr gute Möglichkeit eines Positionswechsels darstellt.

Bei der Lagerung in Neutralstellung sollten alle Körperabschnitte so zueinander positioniert werden, dass sie einem aufrecht stehendem Menschen gleich kommen. Wenn gesunde Menschen sich ins Bett legen, passen sie sich der Unterlage an. Nicht bei der LIN, da wird die Unterlage dem Bewohner/Patienten angepasst. Übliche Hilfsmittel wie Steppdecken, Kissen, etc. werden an den Körper anmodelliert. So erhält der Bewohner/Patient den nötigen Halt und kann entspannen.

Vorsicht ist bei der Position „Sitzen im Bett nach LIN“ geboten. In dieser Position wird dem Bewohner/Patienten die Bewegungserfahrung „sitzen – liegen – umsetzen“ genommen. Es sollte abgewogen werden, wie oft und wie lange man diese Position wählt.

Kritiker merken an, dass Patienten/Bewohner die in Neutralstellung gelagert werden, einer Stresssituation unterzogen werden. Dies würde sich durch Unruhe und Schwitzen bemerkbar machen. Auch Patienten/Bewohner mit Kontrakturen könnten nicht mehr in Neutralstellung gebracht werden.

(Ina Ree Keller, Harry Wolpert)

„Ganz im Gegenteil“ finden wir.

Bewohner, die wir in Neutralstellung gelegt oder gesetzt haben, wurden ruhiger und konnten entspannt einschlafen. Ein weiterer wichtiger Punkt, ist, dass diese Lagerungen gleichzeitig der Dekubitusprophylaxe dient. Auch Atmung und Herzfrequenz wurden positiv beeinflusst. Selbst bei Bewohnern/Patienten mit extremen Tonuserhöhungen konnte man deutlich erkennen, wie diese minimiert wurden.

Diese Bewohner/Patienten schienen sicher und entspannt zu liegen und dies ist eines unserer größten Ziele.

Abschließend möchte ich noch sagen, dass die Lagerung in Neutralstellung kein „Muss“ ist. Vielleicht gibt es ja Bewohner/Patienten, die sich in dieser Lagerung nicht wohl fühlen. Es gibt kein richtig und kein falsch. Jede Lagerung muss individuell an die Bewohner/Patienten angepasst werden.

Für uns ist die Lagerung in Neutralstellung jedoch eine sehr gute Möglichkeit, einen Bewohner/Patienten in seiner therapeutisch und pflegetherapeutisch freien Zeit komplikationengeschützt und vor allem bequem zu lagern.

6) Lagern?...Warum? Lagerungsgrundsätze

Menschen, die auf Grund krankheitsbedingter Prozesse nicht in der Lage sind ihre Position eigenständig zu verändern, müssen trotz alledem gelagert/umgelagert werden.

Auch wenn der Bewohner/Patient viel Zeit mit dem therapeutischen und/oder pflegetherapeutischen Team verbringt, sind sie die meiste Zeit des Tages sich selbst überlassen.(ca.19 std)

Das ist der Grund weshalb klassische Indikationen wie Dekubitus-, Pneumonie-, Thrombose- oder auch Kontrakturenprophylaxe ein regelmäßiges Lagern unumgänglich machen. Doch auch spezielle Indikationsstellungen, die zur Tonusregulation oder zur Anregung des Kreislaufs beitragen, dürfen ebenso wenig außer Acht gelassen werden.

Grundsätzlich gilt:

- die Beweglichkeit des Bewohners/Patienten sollte gefördert werden
- Lagerungen und Lagerungswechsel sollten dem Tagesablauf angepasst werden (siehe Tagesstruktur eines Bewohners; Seite 11 und 12)
- Lagewechsel wenn möglich mit anderen Handlungen kombinieren
- regelmäßiges Lagern (individueller Zeitplan erstellt durch z.B. Bradenskala oder Nortonskala)
- Bewohner/Patienten mit einbeziehen
- sich an der physiologischen Haltung/Stellung der Gelenke orientieren
- Lagerung dokumentieren
- vor allen Dingen sollte die Lagerung bequem sein

Unsere Aufgabe besteht also darin, die individuell für den Bewohner/Patienten bestmögliche Lagerung herauszufinden und sie korrekt umzusetzen.

Lagerungsplan und was ich damit verbinden könnte!

Tagesstruktur eines Bewohners

Uhrzeit	Lagerung	Tätigkeit
7 Uhr	Sitzen im Bett	Grundpflege
8 Uhr	Lagerung im Bett	Ruhephase
9 Uhr	Vertikalisierung/ Rollstuhl	-Hände/Gesicht geführt waschen
		-Mundpflege
		-Logopädie
		-Ernährung über PEG
12 Uhr	Rückenlage	Basale Stimulation, Ergotherapie mit anschließender Mittagsruhe
15 Uhr	Vertikalisierung/Rollstuhl	-Ernährung über PEG
		-Physiotherapie
		-Spaziergang
		-Mundpflege
18 Uhr	Lagerung im Bett	-Ruhephase
19:30 Uhr	Sitzen im Bett	-Abendpflege
		-Fernsehen
		-Ernährung über PEG

Uhrzeit	Lagerung	Tätigkeit
23 Uhr	135 Grad Lagerung	Bessere Belüftung der hinteren Lungenbezirke (für diese Bewohnerin die gewohnte Einschlafposition)
2 Uhr	Lagerung im Bett	Dekubitusprophylaxe (Schlaf)
5 Uhr	Lagerung im Bett	Dekubitusprophylaxe (Schlaf)

7) Bobath - Konzept

Das Bobath - Konzept wurde von Berta Bobath (Physiotherapeutin) und Karl Bobath (Neurologe) für Patienten mit Schädigungen des Gehirns oder des Rückenmarks entwickelt.

Frau Bobath entdeckte bei der Behandlung schwer spastischer Patienten, dass diese Spastik durch bestimmte Stellungen, Bewegungen oder Lagerungen nach ließ oder sogar verschwand. Sie stellte fest, dass der Hypertonus (Spastik) nicht wie bisher angenommen konstant bestehen bleibt, sondern von der Stellung und Bewegung des Körpers beeinflusst wird.

Durch Erprobung einiger Behandlungstechniken entstand so im Jahr 1943 das Bobath – Konzept. Mit neurologischen Grundkenntnissen untermauert wurde dieses Konzept von Berta`s Ehemann Karl Bobath (Neurologe).

Das heute weltweit anerkannte krankengymnastische Pflegekonzept beinhaltet eine ganzheitliche therapeutische Behandlungspflege über 24 Stunden.

Arbeitsprinzipien des Bobath – Konzeptes sind Regulation des Muskeltonus und Anbahnung physiologischer Bewegungsabläufe.

Lernangebote sind insbesondere die Lagerung zur Vermeidung bzw. Hemmung der Spastik, das Handling (Bewegungsanbahnung) und das Selbsthilfetraining (Anbahnung der Selbstpflegefähigkeit).

Zusammengefasst hat das Bobath – Konzept folgende Ziele:

- Verbesserung der mehr betroffenen Seite in Koordination mit der weniger betroffenen Seite
- Wiedererlernen verlorengegangener Bewegungsfähigkeit
- Hemmung der Spastizität und der abnormen Haltungs,- und Bewegungsmuster
- Entwicklung der Körpersymmetrie und des Gefühls von Körpermitte
- Verhindern von Schmerzen und Kontrakturen
- Erhöhen von Selbstständigkeit und Sicherheit in alltäglichen Situationen

8) LIN: Lagerung in Neutralstellung

Eine Möglichkeit der Lagerung ist die sogenannte Lagerung in Neutralstellung. Später auch LIN genannt. Sie wurde von Heidrun Pickenbrock, Physiotherapeutin und Bobath-Instruktorin der IBITA (International Bobath Instructors Training Assoziation), im Jahre 2000 aus folgenden Überlegungen heraus entwickelt: Beim aufrecht stehenden Menschen befinden sich seine Gelenke in Nullstellung (Neutral-Null-Stellung) (Klein-Vogelbach 2000), d.h. alle Körperabschnitte werden soweit wie möglich in eine neutrale Position gebracht. Neutral bedeutet in diesem Falle eine Stellung zwischen Beugen und Strecken, Abspreizen und übermäßigem Heranführen sowie Innen-, -und Außenrotation. Die Wirbelsäule wird doppelt S-förmig gestaltet. Die Körperabschnitte werden möglichst senkrecht und waagrecht zueinander gelagert. Es wäre wünschenswert, den Bewohner/Patienten in eine Position zu bringen, die Verkürzungen und Überdehnungen vermeidet und möglichst viel Halt bietet. Man soll sich jedoch in alle Richtungen leicht bewegen können.

Legt sich ein gesunder Mensch ins Bett, verlässt er bedingt durch die Schwerkraft die Neutralstellung und passt sich der Unterlage (Bett) an. Die Beine sind dann oft außenrotiert, die Arme meist abgespreizt und der Rumpf im Bauchbereich verschoben. Dadurch geht die Grundspannung der Bauchmuskeln und die Halteaktivität des Rumpfes verloren. Bei der Lagerung in Neutralstellung wird die Unterlage an den Bewohner/Patienten angepasst und nicht umgekehrt.

LIN verfolgt folgende Ziele:

- Bewohner/Patient sollte bequem liegen und sich in seiner Position wohl fühlen (Er soll zur Ruhe kommen können)
- Dekubitusprophylaxe
- Kontrakturenprophylaxe, doch auch zur Unterstützung der Behandlung von schon bestehenden Kontrakturen
- zur Tonusregulation
- Einfluss auf Vitalparameter (Herzfrequenz, Atmung, Blutdruck und Schwitzen)
- Verminderung von Schulterbeschwerden soll erreicht werden
- Dem Körper halt geben, um eine Bewegung zu ermöglichen und Bewegungen zu erleichtern.

Prinzipien der Lagerung in Neutralstellung

***Halt geben**

Der gesunde Mensch richtet sich gegen die Schwerkraft auf und versucht nicht umzufallen.

Er steht also und kann sich in dieser Position halten. Bei Menschen im Wachkoma verändert sich durch ihre Hirnschädigung die Fähigkeit normale Muskelspannung aufzubauen.

Anfangs kommt es in der Regel zu einer schlaffen Lähmung (Hypotonus), in dem sich in vielen Fällen durch eine gestörte bzw. fehlende Steuerung der Hirnvorgänge eine spastische Lähmung (Hypertonus) entwickelt.

Die gestörte bzw. fehlende Steuerung der Hirnvorgänge führt zur Einschränkung bis hin zur Unfähigkeit sich halten und bewegen zu können.

Diese Fähigkeit scheint aber nicht verloren gegangen zu sein. Die Entstehung der spastischen Lähmung ist also nicht zwangsläufig bedingt durch die Hirnschädigung, sondern kann auch sekundäre Ursachen haben, nämlich das Bestreben sich zu halten. Fein abgestimmte Muskelaktivität kann durch das verletzte zentrale Nervensystem nicht mehr erzeugt werden. Bestimmte Muskelgruppen werden nach und nach fester. Die Wirbelsäule neigt zur Versteifung. Diese Bewohner/Patienten werden in der Pflege häufig als „steif“ beschrieben.

Muskeln, die normalerweise die Aufgabe des „Haltens“ haben, haben den Eindruck nicht mehr benötigt zu werden. Muskeln, die sich normalerweise bewegen, werden fester und das Bewegen dieser Muskeln wird schwieriger.

Um dem entgegen zu wirken und den Aufbau eines sekundären Hypertonus in Grenzen zu halten, muss die Lagerung dem Bewohner/Patienten im ausreichenden Maße halt vermitteln.

Maximale Stabilität erreichen wir, indem wir übliches Lagerungsmaterial (Steppdecken, Kissen,...) fest an den Körper anmodellieren. Körperabschnitte werden durchgehend unterstützt und Hohlräume ausgefüllt.

Der Bewohner/Patient hat nun Halt, muss also keinen Hypertonus aufbauen und kann seine Muskulatur entspannen.

**Körperabschnitte günstig stellen! Verkürzungen und Überdehnungen vermeiden*

Durch die Anpassung des Körpers an die Unterlage (Bett), werden einige Körperabschnitte gedehnt, andere angenähert.

Dies hat bei einem „Gesunden“ mit gut arbeitender Hirnfunktion keine schädigenden Auswirkungen. Auch deshalb, weil es kein lang anhaltender Zustand ist. Der „Gesunde“ ändert seine Lage, wenn sie unbequem ist. Unseren Bewohnern/Patienten, die durch ihre Hirnschädigung eine gestörte Muskelaktivität, Sensorik oder gestörten Muskeltonus haben, ist die Fähigkeit zum selbstständigen Lagewechsel genommen. Es kann so bei längerer Überdehnung/Verkürzung zu lagerungsbedingten Tonusveränderungen kommen.

Um den Prozess zu verhindern, sollten Körperabschnitte und Gelenke, wie bereits beschrieben, in Null-Stellung gelagert werden.

***Neutralstellung modifizieren! Individuelle Anpassung**

Nicht bei jedem Bewohner/Patienten ist die Lagerung in Neutralstellung so möglich, wie sie im Lehrbuch steht. Man kann die Neutralstellung nicht erzwingen.

Bei diesen Bewohnern/Patienten wird entsprechend seinen Bewegungsmöglichkeiten in Neutralstellung gelagert.

Besonders auf Kontrakturen oder Rundrücken muss entsprechend Rücksicht genommen werden. Hohlräume werden ausgefüllt.

Grundsätzlich gilt es, eine große Unterstützungsfläche zu schaffen. Diese erfordert wenig Muskelaktivität, eine kleine jedoch viel.

Für die Lagerung in Neutralstellung benötigt man übliches Lagerungsmaterial wie:

Steppdecken, Kissen, Handtücher, etc.

Die Anzahl der Hilfsmittel ist individuell verschieden. Je größer und schwerer, je betroffener durch seinen Krankheitsverlauf und je weicher die Unterlage, desto mehr Lagerungsmaterial wird benötigt.

Viel Lagerungsmaterial benötigen wir bei tief sedierten oder komatösen Bewohnern/Patienten. Diese werden bei zunehmender Wachheit und Aktivität des Bewohners/Patienten entsprechend reduziert.

Vorgehensweise bei LIN

An Hilfsmitteln eignen sich für die Lagerung in Neutralstellung Steppdecken für den Körper und Federkissen für den Kopf.

Bei Oberkörper – Hoch Lagerungen sollte das Bett wenn möglich in eine Kopf hoch/Fuß tief – Stellung gebracht werden. Dabei müssen die Füße fest abgestützt werden. So erhält der Bewohner/Patient anstatt eines Rutschgefühl ein Stehgefühl.

30 Grad Lagerung

Der Bewohner/Patient wird auf die linke Seite gedreht. Die Steppdecke wird hinter den Bewohner/Patienten gelegt und so geformt das eine schiefe Ebene entsteht. Sie wird an die doppel – S förmige Wirbelsäule anmodelliert.

Nun kann der Bewohner/Patient zurück gedreht werden, so dass sein Rumpf in der 30 Grad Ebene liegt.

Damit der Bewohner/Patient nicht von der schiefen Ebene abrutscht, wird eine weitere Steppdecke an seiner linken Seite anmodelliert.

Der linke Arm wird zum Körper gebacht. (Körpernah)

Um die Hypotone Bauchmuskulatur zu unterstützen kann ein Badetuch mit in die Lagerung eingearbeitet werden, oder ein Bauchgurt angelegt werden.

Das linke Bein wird mit Hilfe der vorne (an der linken Seite) liegenden Steppdecke in eine Neutrale Stellung gebracht. Nun wird auch das obere (rechte)

Bein mittels Kissen, Decken oder Handtüchern in einer 0-Stellung unterstützt.

Beide Beine sollten im Kniebereich mit einer kleinen Erhöhung unterstützt werden um eine Streckung der Beine zu vermeiden.

Kopf und Arme werden jetzt noch mit Decken, Kissen oder Handtücher unterstützt.

Bei der Durchführung dieser Lagerung gibt es kein richtig oder falsch!

Wichtig ist nur, dass die Körperabschnitte anschließend in einer günstigen Position zueinander stehen, und dass der Bewohner/Patient sich in dieser Lagerung wohlfühlt.

Bewohnerbeispiel 1

Erste Bewohnerinformation:

Fr. M. M.

Apallisches Syndrom in Remissionsstufe vier nach Franz Gerstenbrandt durch ein geplatztes Aneurysma Clipping 2007

Weitere Diagnosen:

- Subarachnoidalblutung
- Z.n. dekompressiver Kraniotomie
- Multiple zerebrale Infarkte
- Z.n. Shunt 2007
- PEG
- Tracheostomie

Ressourcen des Bewohners :

- kann uns durch vermehrte Sekretion auf eine unbequeme Lage aufmerksam machen.
- sie kann ihren Kopf etwas drehen
- sie kann wenn auch nicht immer zielsicher mit der rechten Hand greifen

Probleme bei der Lagerung:

- Schädel am Hinterkopf entdeckt
- Trachealkanüle
- verminderte Kopfkontrolle
- verminderte Rumpfkontrolle
- Tonuserhöhung bei Lageveränderung
- Außenrotation beider Beine

30 Grad LIN



Abbildung 2.57 Seite139 Wachkoma 2. Auflage
(Aus Datenschutzgründen kein Bild eines genannten Bewohners)

Ergebnis:

Fr. M. M. wurde nach 30 Grad LIN gelagert .

Die Körperabschnitte wurden mit Hilfe von Steppdecken und Kissen so gelagert , dass sie einem stehenden Menschen gleichkamen.

Der Kopf wurde mit Hilfe eines Kissens und Nackenkissens so fixiert, das der entdeckelte Teil des Hinterkopfes zwar freigelagert war, der Kopf jedoch genügend Stabilität und Sicherheit erhielt.

Durch das Anmodellieren der Hilfsmittel am Körper , erhielt sie den nötigen Halt und konnte entspannt ausruhen. Gleichzeitig diente die 30 Grad Stellung der Dekubitusprophylaxe.

Bewohnerbeispiel 2

Erste Bewohnerinformation:

Fr. S.A.N.

Apallisches Syndrom in Remissionsstufe 3 nach Franz Gerstenbrandt nach
Verkehrsunfall 2005

Weitere Diagnosen:

- spastische Tetraparese
- Tracheostomie
- PEG

Ressourcen des Bewohners:

- kann sich nonverbal durch Augencode verständigen
einmal zwinkern „ja“
zweimal zwinkern „nein“

Probleme bei der Lagerung:

- extreme Beugespastik rechtes Bein
- extreme Beugespastik beider Arme
- keine Kopfkontrolle
- wenig Rumpfkontrolle
- Trachealkanüle
- Spitzfuß

Sitzen im Bett LIN

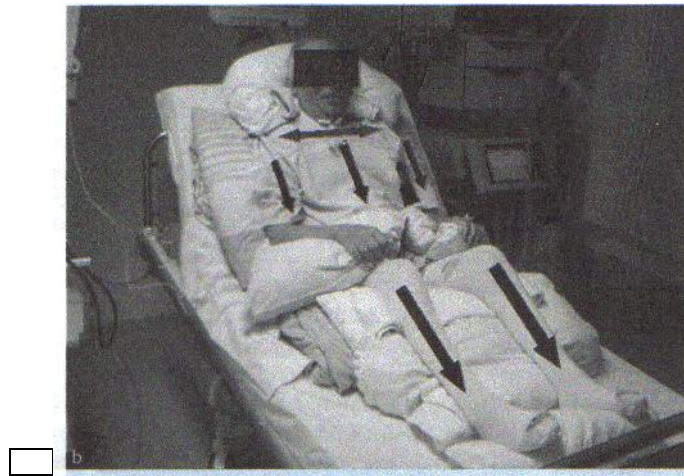


Abbildung 3 Seite 231

www.lin-arge.de/intensiv1.pdf

(Aus Datenschutz kein Bild eines genannten Bewohners)

Ergebnis:

Fr. N. wurde in eine Sitzende Position im Bett nach LIN gebracht. Sie wurde auf eine Decke gelegt welche zu einer Sitzschale am Körper anmodeliert wurde.

Ellenbogen und Unterarme wurden von unten mit einem Kissen unterstützt. Die Arme konnten nicht in die Neutralstellung gebracht werden. Es war jedoch eine deutliche Verbesserung der Beugespastik sichtbar.

Das rechte Bein konnte fast vollständig in Neutralstellung gebracht werden. Durch eine Begrenzung am Fußende wurde dem Spitzfuß entgegengewirkt. Anschließend wurde das Bett in Kopf hoch – Fuß tief Stellung gefahren.

Die Bewohnerin machte in dieser Lagerung einen entspannten Eindruck.

Auf die Frage: „Liegst du gut?“ , bekamen wir **ein** Augenzwinkern!!

Pro	Contra
Bewohner/Patienten werden ruhiger und entspannt	Lagerungsmaterial steigt (finanzieller Aspekt)
Bewegung wird ermöglicht und gefördert	Lagerungsmaterial muss beim Bewohner/Patienten gelagert werden (räumlicher Aspekt)
Positiver Einfluss auf Atmung, Herzfrequenz und Blutdruck	Anfänglich großer Zeitaufwand
Secundärer Hypertonus wird vermindert	
Bewohner/Patient hat halt (fühlt sich sicher)	
Sie ist bequem	

Fazit:

Diese Art von Lagerung hat Vor,- und Nachteile. Ja wir benötigen mehr Lagerungsmaterialien was einen größeren finanziellen Aufwand und eine Herausforderung an unsere Vestauungskünste zur Folge hat. Auch benötigen wir anfänglich mehr Zeit einen Bewohner/Patienten in Neutralstellung zu lagern, aber wie heißt es so schön: „Übung macht den Meister“

Doch schaut euch die Tabelle an! Bewohner/Patienten wurden ruhiger, sie waren entspannt, ein secundärer Hypertonus wurde vermindert, der Bewohner/Patient hatte halt, fühlte sich sicher und schlief ein. Auch Herzfrequenz und Atmung wurden positiv beeinflusst.

Doch vor allen Dingen ist die Lagerung bequem! Der Bewohner/Patient konnte sich in dieser Zeit auf seine Aktivitäten wie z.B. Therapie, Grundpflege...usw. vorbereiten.

Die Lagerung in Neutralstellung ist also ein wichtiges Puzzleteil im Umgang mit schwerst betroffenen Menschen.

Sie ist eine sehr gute Möglichkeit einen Bewohner/Patienten in seiner therapeutisch und pflegetherapeutisch freien Zeit komplikationengeschützt und bequem zu positionieren.

8) Literaturnachweis

Peter Nydahl Wachkoma, Urban & Fischer Verlag 2. Auflage

Pflege Heute, Urban & Fischer Verlag 1. Auflage

THIEMEs Pflege, Thieme Verlag 9. Auflage

Meyer, Friesacher, Lange; Handbuch der Intensivpflege 19. Erg. Lfg 11/05

Interdisziplinäre Intensivmedizin, Thieme Verlag 2. Auflage

Skript Bawig WK 08 Limburgerhof (Marcello Ciarettino)

[www.zwai.net/pflege/Weiterbildung/Reviews/Reutlinger Fortbildungstag 2007/Abstracts/Lagerung in Neutralstellung LIN](http://www.zwai.net/pflege/Weiterbildung/Reviews/Reutlinger_Fortbildungstag_2007/Abstracts/Lagerung_in_Neutralstellung_LIN) 04.08.2008

www.lin-arge.de/Studie 04.08.2008

www.pflegewiki.de/wiki/Lagerung 23.07.2008

www.bawig-essen.de/html/lagerung-in-neutralstellung 11.07.2008

www.lin-arge.de/intensiv1.pdf 11.07.2008

www.medizinfo.de/pflege/konzepte/bobath.shtml 25.08.2008-08-27

www.wikipedia.org/wiki/Bobath-Konzept 28.08.2008-08-27

Erklärung

Ich versichere hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit zum Thema

Lagerung eines Menschen im Wachkoma

selbstständig verfasst habe. Quellen und Materialien sind als solche gekennzeichnet und nachgewiesen.

Ich habe keine anderen Materialien als die angegebenen Hilfsmittel verwendet.

Die vorliegende Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungskommission vorgelegt.

Ort, Datum

Unterschrift (Name Vorname)