

Wundversorgung in der Palliativpflege

Gregor Sattelberger
Gesundheits- und Krankenpfleger/
Dipl. Pflegewirt (FH)
Palliativfachkraft

Wunden...



...stehen oft in engen Zusammenhang mit dem sich ständig verschlechternden Allgemeinzustand, einem geringen Heilungspotenzial und dem Fortschreiten der Erkrankung.

Palliative Wundversorgung



Die Wundheilung kann durch die begrenzte Lebenserwartung und den reduzierten Gesundheitszustand ein unrealistisches Ziel darstellen.

Es gibt einen Zeitpunkt, an dem die Prinzipien des modernen Wundmanagements an Bedeutung verlieren können und eine symptomorientierte Versorgung in den Vordergrund rückt.

Was zeichnet Wunden in der Palliativversorgung aus?



- haben die Tendenz zum Wachstum
- schließen Standardtherapien oft aus
- schlechter Ernährungszustand und AZ
- Mobilisation häufig eingeschränkt
- meist tumorbedingt oder Dekubitus



**verlangt ein kreatives und
unkonventionelles Arbeiten**

Ziele der Palliativen Wundversorgung I



- Vermeidung/ Reduktion von Schmerzen und Symptomen
- Der Patient soll in den Prozess miteinbezogen werden
- Vermeidung von Immobilität
- Vermeidung von Isolation /
sozialer Ausgrenzung

Ziele der Palliativen Wundversorgung II



- Patienten und Bezugspersonen sollen sich sicher fühlen und psychosoziale Unterstützung finden
- Förderung der Unabhängigkeit
- Hinauszögern von Wundwachstum, Wundzerfall und Komplikationen

Spezielle Therapie bei Wundschmerz I



Systemische Schmerztherapie

Ständiger lokaler Wundschmerz

- Überprüfung der Systemischen Therapie
- Lokale Behandlung z.B. Morphin Gel, anäst. Salben
- Kühlung
- Überprüfung der Verbandstechnik

Spezielle Therapie bei Wundschmerz II



Wundschmerzen bei Verbandswechsel

- Schnellwirksame Schmerzmittel rechtzeitig vor VW
- Schonende Techniken des VW
- Schonende Wundreinigung, wenig Wundmanipulation

Länger andauernder Wundschmerz nach VW

- Schmerzmittel auf Wunden und Wundrand

Blutende Wunden



Ursachen:

- Tumorwachstum schließt Blutgefäße mit ein
- Herabgesetzte Gerinnung
- Traumatische VW

Löst bei den Beteiligten Angst und Panik aus

Prävention von Blutungen



- Nichthaftende Verbandsstoffe (z.B. Allevyn Non Adhesive®, Fettgaze) und schonende Entfernung
- Verbesserung der Blutgerinnung (z.B. Trilium, Vit.K, Thrombozyten ?)

Leichte bis mittelstarke Blutungen



- Lokaler Druckverband wenn möglich
- Blutstillende Auflagen (z.B. Tabotamb®, Gelita Tampon®)
- Auftragen von blutstillenden Mitteln (z.B. Adrenalin 0,1%, Tranexamsäure)
- Kühlen (durch den Verband und direkt)

Starke Blutungen



!!! Patient nicht allein lassen und
wenn möglich Hilfe holen !!!

- Lokaler Druckverband
- Saugfähiges Material (dunkle Handtücher verbergen die Intensität)
- Evtl. Sedierung nach ärztlich. Anordnung

Betroffene sollten handlungsfähig sein

Beispiel „Notfallplan“



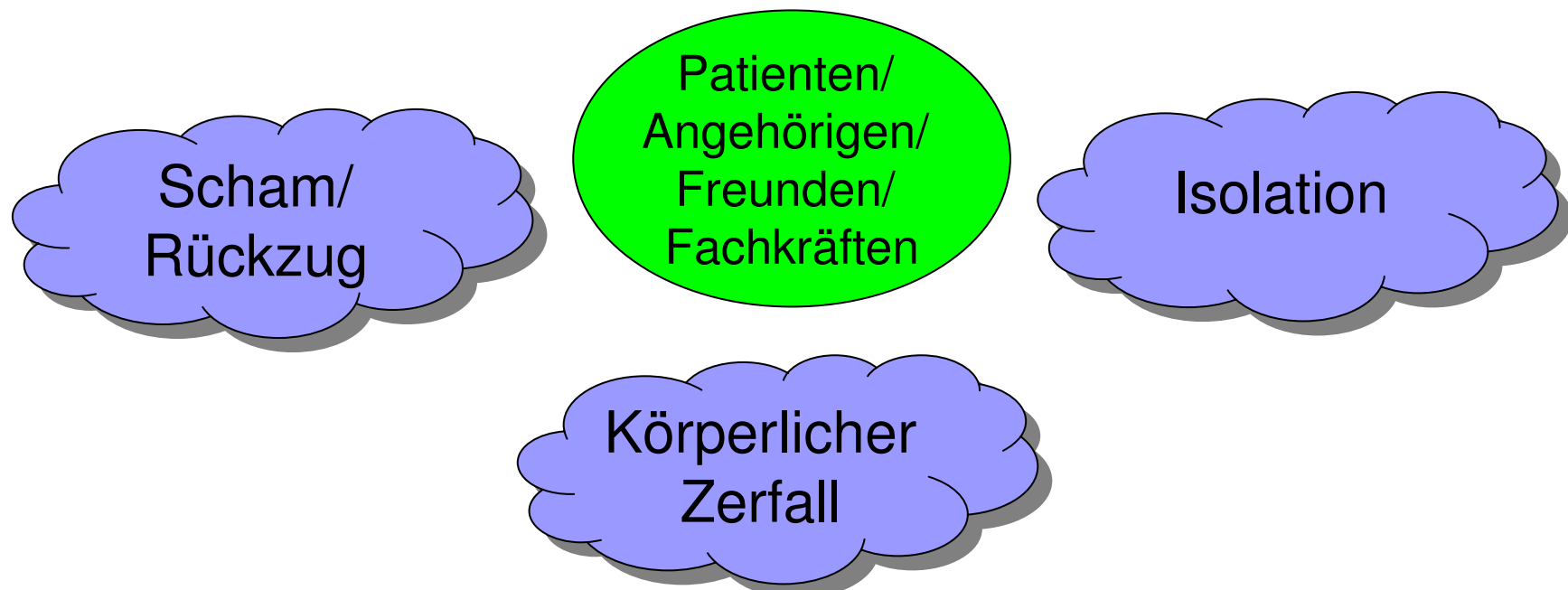
Für den Fall das ich zu Hause (z.B. bei einem Verbandswechsel) zu bluten beginne, möchte ich, dass folgendermaßen verfahren wird:

- Bei **leichter Blutung** soll der Verband durch eine Kompresse mit einer Suprareninlösung ergänzt werden (1 ml Amp.:10 – 20 ml NaCl 0.9%). Der Verband soll so aufgebaut werden, dass ein zusätzlicher Kompressionsdruck entsteht (soweit dies die Schmerzen zulassen).
- Bei **Unruhe/Angst** möchte ich eine Tavor expidet 1,0 in die Wange gelegt bekommen. Falls nach 10 Min. keine Besserung eingetreten ist, möchte ich eine weitere Tavor expidet 1,0 bekommen.
- Bei einer **starken Blutung** bitte ich um eine Sedierung, falls ich diesen Zustand nicht aushalten kann. Wie mit meinem Hausarzt besprochen, möchte ich 5 mg Dormikum nasal verabreicht bekommen. Bei Bedarf kann dies nach 10 Minuten wiederholt werden. Mir ist bewusst, dass diese Maßnahme nicht die Blutung stillt. Wenn die Blutung durch einen Druckverband zum Stillstand kommt, ist dies in Ordnung. Eine Einweisung in ein Krankenhaus lehne ich unter allen Umständen ab.

Riechende Wunden



- Nekrotisches Gewebe/ Wundinfektion
- Besonders schwierig bei Höhlenbildung und Fisteln



Geruchsreduzierende Wundversorgung I



- Lokale Wirkstoffe (z.B. Metronidazol Infusion/Gel, Lavaseptlösung®, Chlorophylllösung)
- Systemische Behandlung (z.B. Metronidazol, Chlorophyll)
- Verbandsstoffe (z.B. Kohle, Silber -> Actisorb®)

Geruchsreduzierende Wundversorgung II



- Verbandstechniken (z.B. Abdichten der Wunde mit z.B. Zinkpaste und Haushaltsfolie, Stomaprodukte)
- Wundreinigung und Débridment
 - Hydrogele oder Alginate,
 - Honig, Joghurt, Quark
 - Notfalls chirurgisches Débridment

Verbesserung der Raumluft



- Duftkissen, ätherische Öle, Räucherwerk
- Regelmäßiges Wechseln von Bettwäsche, Kleidung und Unterlagen
- Räume lüften
- VW in anderen Räumen/ Müll entsorgen
- Kaffeepulver oder Essigwasser
- Günstige Zeitwahl des VW

Nässende Wunden/Fisteln



Ziel ist das Auffangen und Abfließen von Sekret, damit die umliegende Haut intakt bleibt. Der Patient fühlt sich sicher.

- Starksaugende Materialien (z.B. Zetuvit®)
- Stomabeutel/-Produkte
- Schutz der Wundränder vor Mazeration (z.B. Zinkpaste)
- Schutz der gesunden Haut (z.B. Panthenolsalbe, Hautschutzpräparate wie 3M Cavillon®, Polyurethanfolie wie OpSide®)

Gedanken zum Dekubitus



- Welches Stadium ist vorhanden?
- Ist eine Prophylaxe möglich und sinnvoll?
Steht die Lebensqualität im Vordergrund?

**Bei weit fortgeschrittener Erkrankung
ist die Entstehung eines Dekubitus nicht
unbedingt ein Pflegefehler!**

Psychosoziale Unterstützung



- Mit Freunden und Angehörigen gezielt und offen über für sie belastende Gefühle sprechen
- Angehörige und Freunde brauchen oft die Unterstützung vom Fachpersonal, damit sie sich trauen, näher mit dem Patienten in Kontakt zu treten (z.B. in den Arm nehmen).
-> zum Berühren hinführen.
- Handschuhe/Schutzkittel anbieten
- Besucher darüber aufklären, dass keine Ansteckungsgefahr besteht
- siehe riechende Wunden

Fragen zur Reflexion im Team I



- Ist das Fachpersonal geschult und verfügt das Team über Erfahrungen im Wundmanagement?
- Wie bewusst wird der Verbandswechsel geplant ?
- Sind die Rahmenbedingungen erfüllt (z.B. genügend Material, die Möglichkeit zu zweit zu arbeiten, Raum zu verbinden, Fortbildung und Supervision)?
- Wie ist die eigene Auseinandersetzung mit den Themen Scham, Ekel?
- Kann im Team offen über Gefühle gesprochen werden?
Wie findet diese Kommunikation statt?

Fragen zur Reflexion im Team II



- Darf eine Pflegekraft auch mal Nein sagen?
- Wird vom Team akzeptiert, wenn zur Entlastung zu zweit gearbeitet wird?
- Ist im Team genügend Sensibilität vorhanden, die Bedürfnisse des Patienten wahrzunehmen?
- Weist die Dokumentation genügend Raum zur Erhebung von Bedürfnissen/Eigenheiten des Patienten auf?
Werden diese gezielt in der Pflegeplanung umgesetzt?
- Wie findet die Kommunikation mit Patienten und Angehörigen statt?

Literatur



- Bausewein, C/ S. Roller/ Voltz, R. (2004):
Leitfaden Palliativmedizin; Urban & Fischer, München
- Kern, Martina (2006):
Palliativpflege Richtlinien und Pflegestandards; PalliaMedVerlag,
Bonn
- Feichtner, Angelika (2006): Exulzerierende Tumorwunden, In:
Knipping, Cornelia Helga (Hrsg.) (2006): Lehrbuch Palliativ Care,
Verlag Hans-Huber, Bern
- Naylor, Wayn A. (2005): A guide to wound management in palliative
care, In: International Journal of Palliative Nursing, Vol 11, No 11
- Doyle, Derek/ Geoffrey Hanks u.a. (Third Edition): Wound
management, In: Oxford Textbook of Palliative Medicine

Gregor Sattelberger,
Christophorus Hospiz Verein, Effnerstr. 93, 81925 München
sattelberger@chv.org



**Vielen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit**