

Meine Fachbereichsarbeit



Sonja Oster

DIE PFLEGE VON PATIENTEN NACH EINER SCHENKELHALSFRAKTUR

liegend eingeliefert - gehend entlassen - fit für Zuhause
Welche Unterstützung kann die Pflege leisten

FACHBEREICH SARBEIT

zur Erlangung des Diploms
für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege an der
Schule für Gesundheits- und Krankenpflege des BFI und
Diakonissenkrankenhauses Salzburg gemeinsam mit der Schule
für Gesundheits- und Krankenpflege des a.ö. Krankenhauses Hallein

Betreut von
Maria Fischer

Vorgelegt von
Sonja Oster
Diplomlehrgang 2001/2004

Hallein-Rif, im November 2003

VORWORT

Ich möchte mich an dieser Stelle, bei den Menschen die es mir ermöglichten, diese Ausbildung durchzuführen recht herzlich bedanken. Es ist sicherlich nicht immer sehr leicht gewesen, mit der Belastung, die ich auch manchmal an meine Familienmitglieder weitergab, fertig zu werden.

Mein größter Dank geht an meinen Mann für seine Unterstützung und dass er die finanzielle Versorgung unserer gesamten Familie immer gewährleistete.

Weiters möchte ich mich auch bei den Lehrkräften für die menschliche Führung und Einweisung in diesen schönen Beruf bedanken.

Es war für mich immer eine Freude in die Schule zu gehen und alle zu sehen. Diese Zeit wird mir sicherlich abgehen - nicht jedoch die Prüfungen.

Diese Schulzeit hat uns allen viel Freude und gemeinsames Glück gebracht. Für die Chance, diese netten Kollegen kennen lernen zu dürfen, auch dafür danke ich.

Es hat mich auch sehr gefreut, dass sich zukünftige Kollegen sehr für meine Fachbereichsarbeit interessierten und mir Hilfe anboten. Darunter waren zum Beispiel: DGKS Christine Jurasek und das Physiotherapeutenteam des Krankenhauses Hallein sowie das Pflorgeteam des Krankenhauses Abtenau.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Warum stürzen ältere Menschen häufiger	2
3. Pathologie der Schenkelhalsfraktur	3
3.1 Ursachen	3
3.2 Einteilung der Schenkelhalsfraktur	4
3.3 Symptome	5
3.4 Diagnose	6
3.5 Therapie	6
3.5.1 <i>Konservative Therapie</i>	6
3.5.2 <i>Operative Therapie</i>	7
3.6 Komplikationen	8
3.7 Genesungsaussichten	9
4. Einlieferung des Patienten	10
4.1 Bergung durch die Rettung	10
4.2 Übernahme in der Unfallchirurgischen Ambulanz	12
4.3 Welche Ängste äußert der Patient	12
4.4 Erstversorgung	13
4.5 Extension	13
4.6 Übergabe auf die Station	14
5. Präoperative Betreuung	16
5.1 Wie kann man Ängste gering halten	17
5.2 Grundpflege bei Extension	17
5.3 Bei welchen ATL´s benötigt der Patient Unterstützung	19
5.3.1 <i>ATL – Sich bewegen</i>	19
5.3.2 <i>ATL – Sich waschen und kleiden</i>	19
5.3.3 <i>ATL – Ausscheiden</i>	19
5.3.4 <i>ATL – Für Sicherheit sorgen</i>	20
5.4 Einüben bzw. Erklären postoperativer Fertigkeiten	21
5.5 Vorbereitung auf die Operation	21

6. Postoperative Betreuung	22
6.1 Übernahme aus dem Operationssaal.....	22
6.2 Worauf geachtet werden muss.....	22
6.3 Ängste vor dem ersten Aufstehen	23
6.4 Erstmobilisation mit der Physiotherapeutin	23
6.5 Ziel-Planung mit dem Patienten	24
6.6 Pflegeplanung für die Zeit nach der Operation.....	25
7. Rehabilitation	25
7.1 Remobilisation im Krankenhaus Abtenau.....	25
7.2 Psychische Folgen nach einem Sturz	26
7.3 Prävention	27
7.4 Wie geht es nach der Entlassung weiter	27
8. Resümee.....	28
9. Quellenverzeichnis	30
10. Anhang	
Anhang 1 Pflegeplanung für die Zeit nach der Operation	
Anhang 2 Pflegekonzept des Krankenhauses Abtenau	
Anhang 3 Hauskrankenpflege des ÖRK	
Anhang 4 Hauskrankenpflege der Diakonie Salzburg	
Anhang 5 ÖRK – Essen zu Hause	
Anhang 6 ÖRK – Seniorenruf	
Anhang 7 Bezirkshauptmannschaft Hallein, Finanzielle Fragen	

1. Einleitung

Aufgrund meiner verschiedenen Praktika auf der Chirurgischen Station, Chirurgischen Ambulanz, Operationssaal, sowie bei der Rettung des Österreichischen Roten Kreuzes ist mir aufgefallen, dass Patienten mit sehr viel Angst behaftet sind, die nach einem Sturz -mitten aus dem Leben gerissen- in das Krankenhaus eingeliefert werden.

Mit meiner Fachbereichsarbeit möchte ich aufzeigen, wie ich einen Patienten von der pflegerischen Seite her begleiten und versuchen kann, ihm die verschiedenen Ängste zu nehmen.

Mein Ziel soll sein: Betreuung des alten Menschen mit Oberschenkelhalsfraktur
- Prä- und postoperative Betreuung sowie Rehabilitation hin zur Selbstständigkeit

Anhand eines speziellen Fallbeispiels zeige ich die diversen Stadien, der Bergung, der Erstversorgung, der Betreuung bis hin zur Operation, sowie die Nachsorge und die Rehabilitation.

Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus sollte der Patient auch die Möglichkeit erhalten, in eine Rehabilitationsanstalt überwiesen zu werden.

*„Es ist nie zu spät, einen Rehabilitationsversuch durchzuführen, um die Lebensqualität eines erkrankten älteren Menschen zu verbessern. Es mögen im Einzelfall kleine Schritte der Verbesserung sein, für den Betroffenen und seine Familie können sie die verbleibenden Jahre bedeutend verbessern. Jeder alte Mensch hat das Recht auf eine Rehabilitation vor Pflege. Nur so erreichen wir das Ziel: **„Den Jahren Leben geben und nicht einfach dem Leben mehr Jahre.“***
(Meier-Baumgartner 2002)

2. Warum stürzen ältere Menschen häufiger

Wer im Alter stürzt, riskiert in hohem Maß den Verlust von Lebensqualität. Es gibt eine Reihe von Gründen, warum gerade ältere Menschen häufiger stürzen. Dabei sind sehr häufig gesundheitliche Faktoren von Bedeutung, die sich im höherem Lebensalter einstellen können. Zu den wichtigsten gesundheitlichen Risiken gehören unter anderem:

- ↳ Sehstörungen
- ↳ Erkennungsstörungen, z.B. typisch bei Demenz
- ↳ Gleichgewichtsstörungen
- ↳ Gangprobleme
- ↳ Schwache Muskulatur
- ↳ Langsame Reflexe
- ↳ Gebeugte Körperhaltung, wie z.B. bei Osteoporose und M. Bechterew
- ↳ Zu niedriger Blutdruck bzw. plötzlich abfallender Blutdruck beim Aufstehen
- ↳ Untergewicht
- ↳ Medikamente, die Einfluss auf das Reaktionsvermögen und die Wahrnehmung haben können

Dazu kommen die Risikofaktoren in der Umgebung (Zuhause, auf der Straße oder im Pflegeheim):

- ↳ Nasse oder rutschige Böden
- ↳ Hindernisse, wie z.B.: Kabel, Teppiche, Türschwellen und Gehsteigkanten
- ↳ Schlechte Beleuchtung

Häufig treten diese Faktoren auch in Kombination auf. Dazu kommt noch, dass die Knochen häufig durch Osteoporose vorbelastet sind und schon bei geringer Gewalteinwirkung brechen. Der Bruch des Oberschenkelhalses ist eine schwere Verletzung. Sie führt häufig zu Gehbehinderungen und dem Verlust von Selbstständigkeit. Durch Komplikationen nach einem Oberschenkelhalsbruch ist die Sterblichkeit bei älteren Menschen mit etwa 6 % sehr hoch (vgl. www.medizinfo.de).

3. Pathologie der Schenkelhalsfraktur

Schenkelhalsfrakturen sind eine relativ häufige Verletzung des Oberschenkels, vor allem im höheren Lebensalter bei schon geringer Krafteinwirkung (aufgrund von Osteoporose), wie z.B. bei einem seitlichen Sturz auf die Hüfte. Junge Menschen hingegen sind sehr selten betroffen. Hier erfolgt eine Verletzung praktisch nur durch starke Gewalteinwirkung, die z.B. bei Verkehrsunfällen oder Stürzen aus großer Höhe auftreten. Dabei kommt es zu einem Knochenbruch zwischen Hüftkopf und dem Oberschenkelknochen, dem so genannten Schenkelhals. Auffällig bei derartigen Brüchen ist eine Beinlängenverkürzung, verbunden mit Schmerzen im Hüftgelenk und einer bestehenden Gehunfähigkeit (vgl. Schäffler 2000, S.924).

3.1 Ursachen

Die Häufigkeit eines Schenkelhalsbruches (Schenkelhalsfraktur) nimmt ab dem 60. Lebensjahr zu und betrifft häufiger Frauen als Männer. Eine Fraktur dieses stabilsten menschlichen Knochens ist nur bei einer krankhaften Veränderung der Knochenstruktur (z.B. Osteoporose) oder bei sehr großen Biege- und Abschermomenten möglich. Knochenbrüche, denen kein Unfallereignis voraus geht, werden auch als pathologische Frakturen bezeichnet. Dabei spielt die Osteoporose mit einer Verminderung der Bruchfestigkeit die größte Rolle. Aber auch Tumoren können zu einer verminderten Bruchfestigkeit des Knochens führen.

Darstellung der Schenkelhalsanatomie eines gesunden rechten Hüftgelenks

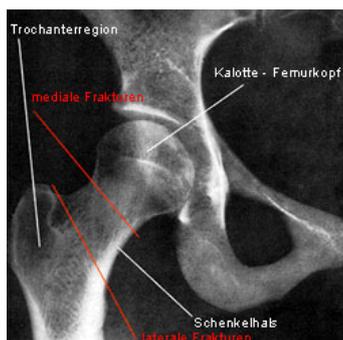


Abb. www.medizininfo.de/beckenschenkelhals/diagnose.shtml

3.2 Einteilung der Schenkelhalsfrakturen

Die anatomische Einteilung dieser Knochenbrüche erfolgt anhand der Bruchstelle am Schenkelhals. Man unterscheidet sog. mediale (etwa 95 %) und laterale (etwa 5%) Schenkelhalsbrüche. Die medialen Schenkelhalsbrüche verlaufen in der mittleren Ebene des Schenkelhalses. Laterale Schenkelhalsbrüche verlaufen seitlich, von der Mittellinie des Schenkelhalses abgewandt.

Einteilung der Schenkelhalsfrakturen nach Pauwels

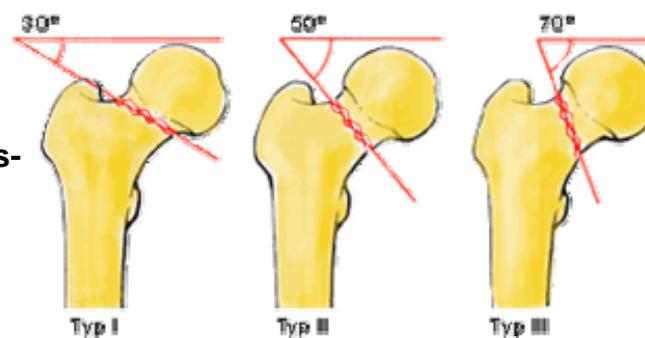


Abb. www.medizininfo.de/beckenschenkelhals/symptome.shtml

- ↪ **Typ I:** Der Winkel zwischen der Horizontalen und der Bruchlinie beträgt bis 30°
 - Ist der Winkel kleiner als 30° , dann ist das eine unter mechanischen Aspekten günstige Form des Bruchs, weil dann auf den Bruchspalt fast ausschließlich Druckkräfte wirken. – Konservative Therapie möglich
- ↪ **Typ II:** Der Winkel zwischen der Horizontalen und der Bruchlinie beträgt bis 50°
 - Liegt der Winkel zwischen 30 und 70° , sind die Heilungsaussichten schon sehr viel ungünstiger zu beurteilen, weil der Hüftkopf durch auftretende Scherkräfte abzurutschen droht. – Überwiegende operative Therapie
- ↪ **Typ III:** Der Winkel zwischen der Horizontalen und der Bruchlinie beträgt bis 70°
 - Bei einem Winkel über 70° wirken auf das Bruchstück des Hüftkopfes fast ausschließlich Scherkräfte ein. In diesem Fall ist zu einer erfolgreichen Behandlung eine Operation zwingend erforderlich, bei der die Knochenbruchstücke fest miteinander verbunden werden. – Ausschließlich operative Therapie

Für die allgemeine Praxis ist im Wesentlichen eine Einteilung in sogenannte stabile und instabile Schenkelhalsbrüche sinnvoll, zumal alle instabilen Brüche eine operative Therapie erfordern. Als stabile Brüche gelten die Schenkelhalsfrakturen, die ohne Fehlstellung des Beines eine relativ schmerzfreie Beweglichkeit im Hüftgelenk zulassen. Dies trifft vor allem bei eingestauchten Frakturen zu (Pauwels Typ I). Bei diesen Frakturen steht die horizontale Gewichtsbelastung nahezu senkrecht auf der Bruchebene. Der Oberschenkel ist dabei meist aus der Horizontalen leicht nach außen (lateral), wie zum sogenannten O-Bein, geneigt. Eine operative Behandlung ist meist nicht notwendig.

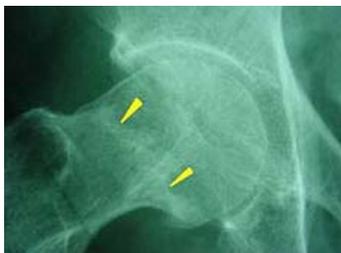
Als instabile Schenkelhalsbrüche müssen alle übrigen Frakturen gelten. Bei diesen Frakturen ist mit einer weiteren Verschiebung der Knochen an der Bruchstelle zu rechnen, eine Belastung ist nicht möglich und sehr schmerzhaft (vgl. Schäffler 2000, S.924; www.medizininfo.de; Paetz 2000, S.547ff).

3.3 Symptome

Typisch sind sowohl die schmerzhafte eingeschränkte Beweglichkeit im Hüftgelenk, als auch Schmerzen im hüftnahen Oberschenkel und Becken. Nicht selten sind die Beine unterschiedlich lang. Außerdem ist das betroffene Bein nach außen gedreht (Außenrotationsfehlstellung) und kann häufig nicht mehr aktiv gehoben werden. Begleitend stellen sich Blutergüsse und Schwellungen über dem Hüftgelenk ein. Der Blutverlust sowie die Schmerzen führen vor allem bei älteren Patienten zu Kreislaufbeschwerden. Durch die Schmerzsituation ist es notwendig den Patienten so schonend wie möglich zu transportieren. Dies sollte durch den Rettungsdienst, durch einen schonenden, liegenden Transport mittels einer Vakuummatratze durchgeführt werden.

3.4 Diagnose

Eine erste Diagnose wird bereits anhand der sichtbaren Symptome gestellt. Inspektion: Frakturhämatom, Beinlängendifferenz, Außenrotationsfehlstellung,



Trochanterhochstand. Nach der ärztlichen Untersuchung (eingeschränkte Beweglichkeit, Stauungs- und Rotationsschmerz, lokaler Druckschmerz über dem Hüftgelenk und Trochanter, Fußpulse tastbar, Motorik und Sensibilität) durch einen Orthopäden oder Unfallchirurgen erfolgt eine Röntgenuntersuchung mit

Aufnahme des Beckens sowie der betroffenen Hüfte von der Seite her (sogenannte axiale Aufnahme). In seltenen Fällen sind zusätzliche Untersuchungsmethoden, wie z.B. die Computertomografie (CT), erforderlich. Diagnostisch auszuschließen sind vor allem Beckenverletzungen sowie Knochenbrüche des Oberschenkels, die sehr ähnliche Ursachen und Symptome haben können. Die genaue Bestimmung der Bruchspalte ist eine notwendige Voraussetzung für eine entsprechende Therapie (vgl. McRae 1995, S.262).

3.5 Therapie

Da es sich meist um ältere Patienten handelt, ist das Ziel jeder Therapie die Stabilisierung des Bruches, damit die Patienten so schnell wie möglich wieder aufstehen können.

3.5.1 Konservative Therapie

Eine nicht operative Therapie sollte ausschließlich stabilen Schenkelhalsfrakturen vorbehalten bleiben. Diese beinhaltet eine Schmerztherapie sowie eine intensive Krankengymnastik zur Mobilisation nach dem Abklingen der akuten Schmerzen ab dem 3. Tag mit dem Gehen an zwei Unterarmgehstützen. Während der Bettlägerigkeit ist eine Atemgymnastik sowie die tägliche Gabe eines Heparins zur Vermeidung einer Thrombose, also der Entstehung eines venösen Blutgerinnsels, erforderlich. Mehrfache Röntgenaufnahmen zur Verlaufskontrolle sind nach den ersten Mobilisationsübungen bis ca. zur 12. Woche notwendig.

Auch bei plötzlich auftretenden Schmerzen muss eine Röntgenaufnahme gemacht werden, um Verschiebungen an der Bruchstelle rechtzeitig zu erkennen. Wird eine Verschiebung (Dislokation) festgestellt, ist meist eine operative Therapie notwendig.

3.5.2 Operative Therapie

Die erforderliche Operation kann als Notfalleingriff zur Erhaltung der Hüftgelenkskopfdurchblutung oder als geplante Operation bei einem Hüftgelenksersatz, vor allem bei älteren Patienten mit bereits vorliegenden Knochenstrukturveränderungen (z.B. bei Osteoporose), erfolgen. Der Zeitpunkt der Operation, sowie die Wahl des Operationsverfahrens sind abhängig vom Frakturtyp, der Vitalität des Hüftgelenkskopfes, den Begleiterkrankungen oder Verletzungen, dem Alter und der vorbestehenden Mobilität. Als wesentliche Operationsverfahren kommen die sogenannten kopferhaltenden Verfahren infrage. Hier werden besondere Schrauben oder Schraubenplattenkonstruktionen (die sogenannte Dynamische Hüftschraube – DHS) verwendet, um die Bruchstücke nach der Wiedereinrichtung (Reposition) zusammenzudrücken und die Durchblutung des Hüftgelenkskopfes zu erhalten. Weitere Möglichkeiten bieten die sogenannten Hüftgelenksersatzverfahren, bei denen eine Kopfprothese oder Hüftgelenktotalendoprothese (Hüftkopf- und Pfannenprothese) die Beweglichkeit im Hüftgelenk wiederherstellen.



Dynamische
Hüftschraube-DHS



Hüftgelenksendoprothese



Verschaubung

Um eine günstige Position des Hüftkopfes nach der Reposition für die Bruchheilung zu erzielen, kann bei jungen Patienten unter Umständen ein zusätzliches OP-Verfahren mit einer Knochendurchtrennung und Wiedervereinigung der Trochanterregion, eine sogenannte intertrochantere Osteotomie, notwendig werden.

Nach einer kopferhaltenden Operation (Verschraubung, DHS) ist am Folgetag mit der Mobilisierung an zwei Unterarmgehstützen oder Rollator (Gehwagen) zu beginnen. Dabei ist bis ca. zur 10. – 12. Woche eine Teilbelastung von ca. 15 – 20 kg auf dem operierten Bein zu empfehlen. Ältere Patienten mit Problemen beim Laufen an Gehstützen kann die Vollbelastung gestattet werden. Nach dem Einsetzen eines Hüftgelenkersatzes ist unmittelbar nach der Operation eine Vollbelastung anzustreben. Bis zur vollen Mobilisierung ist die Spritzengabe von Heparin zur Thromboseprophylaxe, sowie die Gabe von Medikamenten gegen den sogenannten peripheren Schmerz notwendig. In der Regel sind Röntgenverlaufskontrollen unmittelbar nach den ersten Tagen, sowie nach ca. 2/4/8/12 Wochen zum rechtzeitigen Nachweis einer Komplikation erforderlich. Die Physiotherapie beinhaltet Mobilisierung, Muskelkräftigung, Gangschulung und Entlastungstraining (vgl. Nöldeke 1998, S. 364).

3.6 Komplikationen

Trotz fachgerechter Therapie und Operation kann die Schenkelhalsfraktur zu Komplikationen führen. Zu den häufigsten Komplikationen zählen, vor allem bei Bettlägerigkeit und in einem höheren Lebensalter mit vorliegenden Begleiterkrankungen:

Komplikation	Ursache	Beobachtung	Pflegemaßnahme
Pneumonie	Schlechte Atemtechnik	Temperatur Allg. Schwäche Müdigkeit Appetitmangel Atmung	ASE, Atemübungen übliche Prophylaxe

Komplikation	Ursache	Beobachtung	Pflegemaßnahme
Thrombose Gefahr einer Lungenembolie	Immobilität	Schmerzen entlang der Vene, Fußsohlenschmerz, Puls- und Temperatur- anstieg, Schwellung der be- treffenden Extremität	Bewegungsübungen im Bett, übliche Prophylaxe
Dekubitus	Lange Liege- dauer, schlechter AZ und EZ	Hautzustand Druckstellen	Umlagern, Freilagern von betroffenen Körperstellen, übliche Prophylaxe
Wundhämatom - verschlechtert die Wundheilung	Operation	Hautfarbe	Kälteanwendung, Eincremen mit Hirudoid-Salbe
Wundinfektion	Operation	Wunde und Wundumgebung, Temperatur	Aseptischer Verbandwechsel, auf Hygiene achten

3.7 Genesungsaussichten

Eine wissenschaftlich begründete Prognose kann im Einzelfall nicht gegeben werden, da sie hinsichtlich der Funktion des Hüftgelenkes und des Krankheitsverlaufes durch zahlreiche einzelne Faktoren geprägt ist. Die Multimorbidität, also das Auftreten mehrerer wesentlicher Begleiterkrankungen, wie z.B. Diabetes mellitus, Herz-Kreislaferkrankungen, rheumatische Erkrankungen, ist oft der prognostisch bestimmende Faktor.

Für den weiteren Verlauf und zur Verhinderung von (erneuten) Stürzen ist das Abklären von neurologischen- und Herz-Kreislaufbeschwerden und –erkrankungen, sowie eine Osteoporose-Prophylaxe sehr wichtig.

Jede Erkrankung hat ihren eigenen, persönlichen Verlauf. Darum sollte das Vorgehen immer mit dem jeweils behandelnden Arzt besprochen werden.

4. Einlieferung des Patienten

Anhand eines Fallbeispielles möchte ich nun den Ablauf bzw. die Versorgung darstellen, sowie auch aufzeigen welche Ängste solch einen Patienten belasten und wie die Pflege darauf reagieren und somit dem Patienten in dieser Situation unterstützen kann.

4.1 Bergung durch die Rettung

Nach einem Telefonanruf (Freitag, 14.¹⁵) durch eine Frau H. führen wir eine Einsatzfahrt nach Kuchl zu einer Dame, Frau G., 89 Jahre, alleinlebend im Erdgeschoss eines Mehrfamilienhauses. Frau H wurde durch lautes Rufen, von ihrer Nachbarin Frau G. aufmerksam, ging in die Wohnung hinein und fand Frau G. am Boden liegend vor. Daraufhin hat sie die Rettung verständigt.

Als wir ankamen fanden wir Frau G. noch am Boden liegend vor, und Frau G. war sehr verängstigt und hat geweint. Wir sind auf Frau G. zugegangen, haben mit ihr gesprochen und versucht sie zuerst zu beruhigen. Frau G. hat uns erzählt, dass sie die Blumen bei einem Fenster zurechtrichten wollte und über einen aufgedrehten Teppichrand stolperte.

Wir fragten Frau G., wann sie gestürzt sei, darauf hat sie geantwortet, dass sie schon lange so daliege. Wir fragten genau nach und Frau G. sagte, es sei um ca. 9.° Uhr gewesen. Wir kamen um 14.30 Uhr bei ihr an. ⇨ Diese Information über die Liegedauer ist sehr wichtig, da sich durch das lange Liegen auf einer Stelle sehr rasch ein Dekubitus entwickeln kann und diese Stellen auch im Krankenhaus genau beobachtet werden müssen. Wir haben Frau G. gesagt, dass wir ganz vorsichtig Nachschau halten ob wir etwas sehen und haben noch ruhig gefragt, ob sie sich bewegen bzw. aufstehen könne.

Auf die Frage, ob sie aufstehen könne, antwortete sie: „Nein, ich habe so starke Schmerzen auf der linken Seite.“ Der Rettungssanitäter betrachtete die linke Seite und tastet leicht am Oberschenkel, Frau G. äußerte auch hier Schmerzen und es

war zu sehen, dass der Fuß nach außen gedreht war und auch etwas verkürzt erschien.

Wir sagten Frau G., dass wir sie in das Krankenhaus brächten, da es sehr wichtig sei, dass sich ein Arzt die Verletzung ansehe und fragten noch, ob wir jemanden anrufen sollten. Frau G. sagte, dass ihre Tochter am späten Nachmittag vorbeikomme und sie möchte ihr einen Zettel an die Türe hängen. Wir haben ihr einen Block und einen Stift gebracht, damit sie etwas aufschreiben konnte. Dann haben wir noch gefragt ob sie etwas mitnehmen wolle. Sie hat uns und ihre Nachbarin angewiesen, was wir für sie einpacken sollten. Weiters hatte sie keine anderen Wünsche.

Nun haben wir Frau G. noch erklärt, wie die Umlagerung auf die Trage des Rettungswagens geschehen werde und haben ihr auch gesagt, dass wir ganz vorsichtig sein werden und uns bemühten ihr keine Schmerzen zu verursachen.

Daraufhin holten wir vom Rettungswagen die Bergeschaufel sowie die Trage mit der Vakuummatratze. Wir haben Frau G. mittels der Bergeschaufel vorsichtig auf die Vakuummatratze gelegt und diese durch Absaugen der Luft an den Körper anmodelliert. Dadurch verspürte Frau G. beim Transport in das Krankenhaus nicht so starke Schmerzen.

Einer von uns Rettungskräften blieb bei Frau G. hinten im Rettungswagen sitzen und hat während der Fahrt ins Krankenhaus mit Frau G. gesprochen und ihr dadurch etwas die Angst genommen. Frau G. erzählte von der Zeit als sie nach Kuchl kam, dass sie letztes Jahr durch das Hochwasser keinen Schaden erlitten hatten und noch einiges mehr. Als wir zum Krankenhaus hinfuhren wurde sie wieder etwas ängstlicher, aber wir haben versucht, durch ruhige Gespräche, sie wieder zu beruhigen.

4.2 Übernahme in der Unfallchirurgischen Ambulanz

Wir brachten Frau G. in das Krankenhaus zur Unfallchirurgischen Ambulanz. Wir berichteten dem diensthabenden Unfallchirurgen die Lage, und auch den Unfallhergang sowie über die lange Liegezeit der Patientin bei unserem Eintreffen am Unfallort. Weiters wurde der Bergevorgang geschildert sowie das Befinden der Patientin während der Fahrt.

Wir haben die Patientin auf den Untersuchungstisch mit Hilfe des Umbetttuches umgelagert.

Wir, als diplomiertes Pflegepersonal, haben mit Frau G. nochmals den genauen Unfallhergang abgefragt und alle notwendigen Daten aufgenommen.

Diese sind:

- ↪ persönliche Daten, Anschrift, Sozialstand
- ↪ welche Angehörigen sollen informiert werden
- ↪ hat die Patientin Haustiere die versorgt gehören
- ↪ welche Medikamente nimmt die Patientin immer ein
- ↪ ist die Patientin Diabetikerin
- ↪ hat die Patientin auch andere Krankheiten (Hypertonie, Osteoporose usw.)
- ↪ ist die Patientin auf irgend etwas allergisch

4.3 Welche Ängste äußerte die Patientin

Während des Gespräches wirkte Frau G. sehr nervös und ängstlich. Auf diesen Zustand angesprochen sagte Frau G.: „Ich lebe alleine zuhause, ich möchte jetzt nicht in ein Altersheim. Ich möchte wieder in meine Wohnung zurück.“ – „Was machen die jetzt mit mir?“ – Wir versuchten die Patientin zu beruhigen, erklärten was weiter geschieht, sagten ihr, dass nach der Operation so rasch als möglich das Gehen wieder geübt werde. Im Krankenhaus sind Physiotherapeuten, die zu ihr kommen und mit ihr die Mobilisation durchführen.

Über die medizinische Vorgangsweise verwiesen wir die Patientin an den Arzt.

4.4 Erstversorgung

Nach der Erstuntersuchung erhielt die Patientin ein Schmerzmittel mittels Kurzinfusion.

Danach wurde die Patientin zum Röntgen gefahren und kam mit den Röntgenaufnahmen zurück, wodurch ein instabiler Oberschenkelhalsbruch diagnostiziert werden konnte.

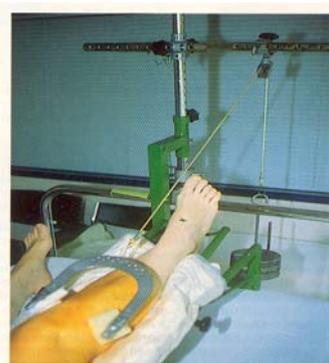
Auch der diensthabende Arzt bemerkte die Ängste der Patientin und hat daraufhin mit der Patientin gesprochen und den Verlauf der Behandlung erklärt:

- ↳ Extension des Beines bis zum Montag
- ↳ Operation am Montag
- ↳ Schmerzmittelgabe

4.5 Extension

Definition: Extension bedeutet „Streckverband“, denn bei diesem Verfahren wird die Ruhigstellung der Fraktur durch permanenten Zug auf die Bruchstücke erreicht.

Als Angriffspunkt für die Zugkraft dient ein Metallstift (Steinmann-Nagel), der in örtlicher Betäubung (manchmal auch in Vollnarkose) quer durch den Tibiakopf gebohrt wird. Es wird dadurch der Zug über die Bänder des Kniegelenks auf die Fraktur übertragen und es kommt dadurch zu keiner Verschiebung der Bruchstelle. Die Zugkraft greift über einen Bügel an dem eingeschlagenen Metallstift an. An einem Rollenzug wird ein dem Muskelzug angepasstes Gewicht befestigt. Die Zugrichtung verläuft immer in Verlängerung der Längsachse des proximalen Knochenfragmentes.



Tibiakopfextension wie sie bei einem Oberschenkelhalsbruch der erst einige Tage nach den Unfall operativ versorgt wird.

Abbildung: Paetz 2000, S.526

Die Patientin wird noch auf der Chirurgischen Ambulanz in das Stationsbett (Spezialbett für Extension) umgelagert und die Extension erfolgt auch in diesem Bett. Es muss das Bein, das in Extension gelegt wird, desinfiziert werden und die Unterlage, sowie oberhalb des Knies steril abgedeckt werden. Die Patientin erhält eine Kurznarkose und es wird der Steinmann-Nagel eingeschlagen. Danach wird das Bein auf der „Braun’schen Schiene“ gelagert und die Gewichte fixiert. Die Ferse muss frei gelagert werden.

Da für die spätere, lange Operation immer ein Dauerkatheter notwendig ist und auch durch die Bettlägerigkeit und Extension die Ausscheidung schwierig ist, wurde der Dauerkatheter sofort gelegt.

Der Verband an der Austrittsstelle des Nagels muss sehr gut verbunden werden damit das Infektionsrisiko so gering wie möglich gehalten wird.

Sobald die Patientin ansprechbar war, wurde sie auf die Station gefahren (vgl. Paetz 2000, S. 526; Jurasek 2003)

4.6 Übergabe auf die Station

Nach der Erstversorgung auf der Ambulanz wird die Patientin auf die Station gebracht und das Pflegepersonal wird durch den Arzt über die Situation der Patientin informiert. Es wird mit der Patientin gesprochen, ob sie Schmerzen oder Wünsche habe. Weiters wird der Patientin die Mitpatientin (2-Bett-Zimmer) vorgestellt. Auch wird ihr die Rufanlage erklärt und wir haben Frau G. aufgefordert, dass sie sich jederzeit melden solle, wenn sie etwas benötige bzw. wenn sie Schmerzen verspüre.

Sollte sich bis zu diesem Zeitpunkt noch niemand gemeldet haben, ist es erforderlich die nächsten Angehörigen bzw. eine Bezugsperson zu verständigen und zu informieren.

Aufgrund der Krisensituation war es notwendig die Kreislaufsituation bei Frau G. zu Beginn stündlich zu kontrollieren.

Weitere pflegerische Beobachtungen:

- ↳ Beobachtung der Infusionsgabe – treten allergische Symptome auf – ist die Schmerzmittelgabe ausreichend
- ↳ Regelmäßige Extensions-Lagerung überprüfen (siehe Punkt 4.a.)
- ↳ Dauerkatheterpflege
- ↳ Eintrittsstelle des Nagels - Wundkontrolle und aseptischer Verbandwechsel (sterile Schlitzkompressen) jeden Tag
- ↳ Beobachtung des Fußpulses – Durchblutung, Sensibilität, Motorik
- ↳ Anzeichen von Dekubitus, Pneumonie, Thrombose frühzeitig erkennen

Wichtige Prophylaxen die bei Frau G. durchgeführt werden mussten:

Dekubitusprophylaxe – Aufgrund der eingeschränkten Bewegungsmöglichkeit ist diese Prophylaxe besonders zu beachten. (Standard im Krankenhaus Hallein – Weichlagerung für die Zeit bis zur Operation [Kaltschaumunterlagen] – erfolgt bereits in der Chirurgischen Ambulanz). Durch das Hochstellen des Fußendes „fließt“ das Gewicht der Beine in Richtung Becken und bewirkt so eine erhöhte Druckbelastung im Steißbeinbereich. → Dies ist wiederum eine erhebliche Gefährdung für den Patienten. Weiters müssen auch noch die Druckstellen sehr genau beobachtet werden, auf der die Patientin 5,5 Stunden bis zur Bergung gelegen ist. Besonderes Augenmerk ist auch bei der Lagerung (Druckfreiheit) auf der Braun'schen Schiene zu richten – Verschiebungen bzw. Falten in der Unterlage. Weiterer wichtiger Beobachtungsschwerpunkt: Nach der Operation muß die Haut auf Druckstellen kontrolliert werden, da zu bedenken ist, dass bei der Lagerung auf dem OP-Tisch ein Druck von bis zu 700 mm HG (- normaler Druck 30-40 mm HG) an manchen Stellen entsteht (Jurasek 2003).

Spitzfußprophylaxe - Den Druck der Bettdecke auf den Fuß vermeiden, Bewegungsübung oder Fixierung der Vorfußes (siehe Bild auf Seite 18).

Kontrakturprophylaxe – Durch die Bewegungseinschränkung soll man die Patientin dahingehend anweisen aktive Bewegungsübungen mit den nicht betroffenen Bein durchzuführen.

Thromboseprophylaxe – Aufgrund der Immobilität ist die Gefahr eines Blutgerinnsels sehr hoch. ATS-Strumpf am nicht betroffenen Bein. Anleiten das gesunde Bein zu bewegen, sowie den Fuß des betroffenen Beines.

→ Heparin-Verabreichung.

Pneumonieprophylaxe – Aufgrund der Immobilität atmen die Patienten nicht richtig durch und es besteht eine hohe Gefahr für eine Lungenentzündung. Atemübungen: Sind einfach, können häufig durchgeführt werden. ASE = Atemstimulierende Einreibung nach C. Bienstein (ist in der Zeit der Extension fast nicht möglich; sollte jedoch nach der Operation, sobald die Patientin Querbett sitzen kann, täglich durchgeführt werden). Weiters kann auch die Möglichkeit der Atemunterstützenden Lagerung - T-Lagerung, V-Lagerung sowie A-Lagerung (→ V-Lagerung erhöhter Druck im Gesäßbereich – Dekubitusgefahr) dem Patienten angeboten werden. Ein Physiotherapeut soll den Patienten das Atemtraining mit Triflow / Giebel-Rohr erklären und ihn anleiten (vgl. Schäffler 2000, S113ff).

5. Präoperative Betreuung

Mit der Patientin wurde durch den operierenden Arzt ein Aufklärungsgespräch geführt und ein Aufklärungsblatt über die Operation gegeben, das die Patientin durchlesen sollte und das die Patientin unterschreiben musste. Am Tag vor der Operation wurde Frau G. noch vom Anästhesiearzt über die geplante Epiduralanästhesie informiert und ihr die Vorteile für die Zeit nach der Operation mitgeteilt. Auch dafür bekam Frau G. ein Aufklärungsblatt, das die Patientin unterschreiben musste.

Auch wir vom Pflegepersonal haben mit Frau G. ein längeres Gespräch geführt und die Pflegeanamnese erhoben, um die für sie passende Pflegeplanung durchzuführen.

5.1 Wie kann man Ängste gering halten

Eine bevorstehende Operation wird von vielen Menschen als Bedrohung erlebt. Angst, allgemeine Verunsicherung und die Erwartung von Schmerz sind grundlegende Phänomene, die den Patienten in dieser Situation begleiten. Die Gefühle des Betroffenen werden von dieser Ausgangslage geprägt und beeinflussen sein Verhalten. Dabei entwickelt jeder Mensch sein eigenes Konzept, wie er mit diesem Phänomen umgeht.

Es ist eine umfassende Aufklärung des Patienten von Seiten der Ärzte sehr wichtig:

- ↳ Wie wird die Operation durchgeführt
- ↳ Welche Narkose ist geplant
- ↳ Sind Schmerzen zu erwarten
- ↳ Wann wird die Erstmobilisation durchgeführt

Damit kann man verhindern das der Patient noch zusätzliche Ängste entwickelt. Aber auch die Pflege kann dazu beitragen, dass nicht zu viele Ängste auftreten. Die genaue Aufklärung über die Betreuung vor der Operation und über die Nachbetreuung soll erfolgen. Weiters sollen wir von der Pflege darauf achten, dass ein Gespräch in einer ruhigen Atmosphäre durchgeführt werden kann, es sollen keine „Zaungäste“ das Gespräch mitverfolgen. Wünscht es der Patient können Bezugspersonen bzw. Angehörige zu diesem Gespräch eingeladen werden. Der Patient soll sich „SICHER“ und „WAHRGENOMMEN“ fühlen.

Es wurde festgestellt, dass Patienten, die vor ihrer Operation aufgeklärt und in den Ablauf vor der Operation integriert wurden, sich nach der Operation besser und schneller erholten und auch weniger schmerzstillende Medikamente benötigten. Sie konnten das Krankenhaus auch eher wieder verlassen (vgl. Juchli 2000, S. 1421; Zimbardo 1995).

5.2 Grundpflege bei Extension

Die betroffene Extremität ist in regelmäßigen Abständen auf **Durchblutung** und **Sensibilität** zu kontrollieren. Dabei wird auch die **Beweglichkeit** der Zehen überprüft. Der Betroffene weiß, dass er bei Schmerzen die verantwortliche

Pflegeperson informieren soll. Die Wirksamkeit der verabreichten Schmerzmittel wird beim Patienten erfragt. Die Haut im Frakturbereich ist auf Spannungsblasen und drohende Perforation durch die Bruchfragmente zu kontrollieren.

Regelmäßige Überprüfung des Extensionsaufbaus: Die Extensionsbügel bzw. die Gewichte müssen frei hängen und nicht am Bett anschlagen oder am Boden aufliegen. Die Zugschnüre der Gewichte dürfen nicht, z.B. durch das Aufliegen der Bettdecke, belastet werden. Hier kann eine am Extensionsgestänge angebrachte Horizontalstange das Halten der Decke übernehmen. Das Zuggewicht entspricht der ärztlichen Vorgabe (in der Regel 10 – 15 % des Körpergewichts des Betroffenen), der Zug erfolgt in Achsenrichtung (= gedachte Linie vom vorderen oberen Darmbeinstachel, über die Mitte der Kniescheibe, zum zweiten Zeh des Patienten) und muss immer wieder kontrolliert werden.

Ein- und Austrittsstellen der Extensionsnägel werden nach den allgemeinen Grundsätzen einer aseptischen Wundbehandlung versorgt. Die Hautwunde wird täglich auf Entzündungszeichen hin kontrolliert und bei der Wundbehandlung nach Hautdesinfektion die Ein- und Austrittsstelle der Drähte mit sterilen Schlitzkompressen abgedeckt..

Zur Spitzfußprophylaxe wird der Fuß mit einem Schlauchverband aufgehängt. Die Fußstellung entspricht einem 90°-Winkel. Bei Verwendung eines Schlauchverbandes ist darauf zu achten, dass die Zehen nicht unangenehm eingeeengt werden (vgl. Schäffler 2000, S.897; Paetz 2000, S.555ff).

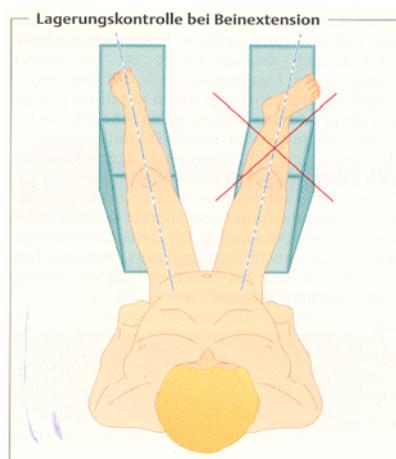


Abbildung: Paetz 2000, S.556

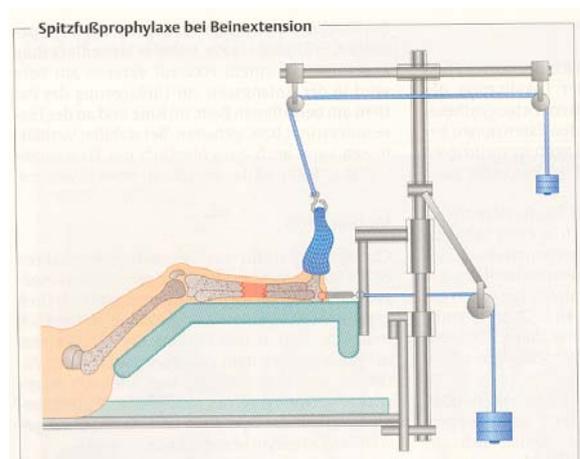


Abbildung: Paetz 2000, S.557

5.3 Bei welchen ATL´s benötigt der Patient Unterstützung

5.3.1 ATL – Sich bewegen

Jede Einschränkung der Beweglichkeit bedeutet eine Einschränkung der menschlichen Fähigkeiten und damit Abhängigkeit. Durch die Extension ist die Patientin völlig an das Bett gefesselt und von uns Pflegekräften abhängig. Durch diese Einschränkung entstehen weitere Gefahren, die durch eine gute Pflege abgewendet werden müssen, das sind Pneumoniefahr, Dekubitusgefahr, Thrombosegefahr, Obstipationsgefahr und Kontrakturgefahr, wofür die dazugehörigen Prophylaxen bereits im Kap. 4.6) Seite 13 beschrieben sind.

5.3.2 ATL – Sich waschen und kleiden

Da die Patientin an das Bett gefesselt ist, ist es notwendig die Körperpflege bis zur Operation bzw. Erstmobilisation im Bett durchzuführen. Es ist sehr wichtig die Patientin zu fragen, welche Wünsche sie hat (Waschzusätze, Hautpflegeartikel). Zum Teil kann die Patientin einen Teil der Körperpflege selber durchführen, die Zonen, die von der Patientin nicht erreicht werden können, werden von der Pflegekraft durchgeführt. Es muss auf die Intimsphäre geachtet werden und in einer ruhigen Art mit der Patientin umgegangen werden. Den geeigneten Zeitpunkt mit der Patientin vereinbaren. Dabei soll durch die Pflegekraft der Hautzustand beobachtet werden, um eventuelle Druckschäden sofort zu erkennen und reagieren zu können.

Da diese Pflegemaßnahme einen längeren Zeitraum in Anspruch nimmt, ergreifen viele Patienten diese Möglichkeit um Gespräche zu führen. Der Patient kann hier seine Ängste, Probleme, Wünsche oder Beschwerden deponieren und wir können darauf eingehen. Diese Zeit ist eine geschenkte Zeit, die wir beim Patienten sein können, wir müssen diese Zeit nur gut nützen.

5.3.3 ATL – Ausscheiden

Durch die mangelhafte Bewegung, zuwenig Flüssigkeitszufuhr und auch möglicherweise durch das Schamgefühl ist die Gefahr der Obstipation relativ hoch. Es ist sehr wichtig mit der Patientin über diese Gefahr zu sprechen und sie

über geeignete Maßnahmen zu informieren. Da sie bei der Bewegung doch sehr eingeschränkt ist, sollte sie ausreichend trinken – wir sollen die Pat. auch immer wieder auffordern und ihr genug Getränke hinstellen – und in der Küche sollte von uns bzw. von der Diätassistentin eine ballaststoffreiche Kost bestellt werden. Außerdem ist es auch wichtig die Patientin zu Übungen mit dem gesunden Bein anzuleiten.

5.3.4 ATL – Für Sicherheit sorgen

Wie kann man das erreichen?

- a) *Unsicherheit beseitigen*
- b) *Vor zusätzlichen Erkrankungen oder Komplikationen schützen*
- c) *Aufmerksamkeit und Zuwendung schenken*

Zu a): Unsicherheit beseitigen: Durch Informationen kann man viele quälende Fragen des Patienten abklären. Eine genaue Erklärung der Räumlichkeiten, sowie des üblichen Tagesablaufes führen bei dem Patienten zu einem besseren Gefühl. Der Kontakt mit den Angehörigen soll unterstützt werden – patientengerechte Besuchszeiten – dies führt zur Geborgenheit des Patienten.

Nur der gut informierte Patient kann alle seine Heilungskräfte mobilisieren. Außerdem gibt ihm die Information über Art und Verlauf der Erkrankung das Gefühl, wieder selbst etwas für seine Genesung tun zu können.

Zu b): Zusätzliche Erkrankungen oder Komplikationen verhindern: Bei Patienten die für eine Zeit bettlägerig sind, sind die o.a. Prophylaxen von sehr großer Wichtigkeit, um Zusatzerkrankungen zu vermeiden. Weiters ist darauf zu achten, dass eine sterile Wundversorgung vor und nach der Operation gewährleistet wird, um die Gefahr einer Wundinfektion von der pflegerischen Seite her einzugrenzen.

Zu c): Aufmerksamkeit und Zuwendung schenken: Der Patient benötigt die Gewissheit die Erkrankung meistern zu können. Die Pflegeperson soll für den Patienten der Ansprechpartner sein und diesem ein „offenes Ohr“ schenken und dem Patienten, auch wenn notwendig oder wenn gewünscht, den Kontakt zu Psychologen oder einer anderen Vertrauensperson (evtl. Seelsorger) herstellen. Dem Patienten muss das Gefühl vermittelt werden, dass er sich in „guten Händen“ befindet, dass seine Äußerungen wichtig genommen werden (vgl. Schäffler 2000, S. 100ff).

5.4 Einüben bzw. Erklären postoperativer Fertigkeiten

Das Einüben postoperativer Fertigkeiten bezieht sich auf Durchführungen, die den Patienten in der Zeit nach der Operation fördern. Sie verhelfen auf der Patientenseite zu der Einsicht, an der Erlangung der Gesundheit maßgeblich beteiligt zu sein. Wenn ein Patient schon vorher weiß, was er nach der Operation machen kann um schneller wieder gesund zu werden, entwickelt er auch keine Ängste, die im Nachhinein wieder bekämpft werden müssen. Unter den postoperativen Fertigkeiten sind z.B.:

- ↳ Atemübungen und Atemtechniken
- ↳ wie soll der Patient nach der Operation aus dem Bett steigen (=welche Seite bevorzugt der Patient)
- ↳ Fuß- und Beingymnastik (vgl. Juchli 2000, S.1423).

5.5 Vorbereitung auf die Operation

Zur Beendigung des Tages soll die Pflegeperson, sich noch einmal nach der Befindlichkeit des Patienten erkundigen um noch vorhandene offene Fragen zu klären. Ist der Patient sehr unruhig, ist es möglich, dass nach ärztlicher Anordnung, für die Nacht eine Medikation verordnet wird, damit der Patient eine ausreichende Nachtruhe hat und dadurch entspannter und angstfreier für die Operation ist.

Am Morgen des Operationstages müssen seine aktuellen Ausgangswerte erhoben werden: RR, Puls, Temperatur – auf seine Befindlichkeit achten. Den Patienten für die Operation vorbereiten: Operations-Hemd, ATS-Strumpf auf dem gesunden Bein, Prämedikation verabreichen (kleiner Schluck Wasser ist erlaubt), Patienten ansonst nüchtern lassen.

Vermeidung einer Situation, in der alle Beteiligten unter Zeitdruck stehen. Daraus baut sich eine Stresskomponente für den Patienten auf. Es ist deshalb sehr wichtig, dass man die benötigte Zeit in den Arbeitsablauf einplant (vgl. Juchli 2000, S.1426).

6. Postoperative Betreuung

6.1 Übernahme aus dem Operationssaal

Die postoperative pflegerische Betreuung beginnt mit der Abholung des Patienten aus dem Aufwachraum. Grundsätzlich wird der Patient immer von zwei Pflegekräften abgeholt. Es erfolgt eine ausführliche Übergabe am Patientenbett. Alle Anordnungen des Anästhesisten zur weiteren Behandlung werden mündlich übergeben, liegen aber zusätzlich in schriftlicher Form im Anästhesieprotokoll vor. Die Inhalte des Übergabegespräches sind:

- ↳ Was ist operiert worden?
- ↳ Wie war der Operations- und Anästhesieverlauf?
- ↳ Wie ist die Ansprechbarkeit des Patienten?
- ↳ Wie ist die Kreislaufsituation?
- ↳ Bekommt die Patientin Sauerstoff? Wenn ja – wie viel?
- ↳ Wie ist die Schmerzsituation? Welche Analgetika – welche und in welcher Form?
- ↳ Wie ist die Infusionstherapie geplant? Welche, wie, wie oft?
- ↳ Wann kann die erste Flüssigkeitsaufnahme erfolgen?
- ↳ Wann erfolgt die erste Mobilisation? – PhysiotherapeutInnen

Ist der Patient im Bett entsprechend gut gelagert und ausreichend zugedeckt, wird er zügig zur Station in sein Zimmer transportiert (vgl. Juchli 2000, S.1435).

6.2 Worauf geachtet werden muss

Durch die Narkose- und Operationsauswirkung bedingt, sind alle Reaktionen und physiologischen Prozesse des Patienten in einem sehr stark veränderten Zustand. Die postoperative Pflege des Patienten ist daher gekennzeichnet durch einen kontinuierlichen Bedarf intensiver Kontrolle und Beobachtung:

- ↳ Bewusstsein
- ↳ Atmung
- ↳ Herz und Kreislauf
- ↳ Körpertemperatur

- ↪ Ausscheidung
- ↪ Wundkontrolle
- ↪ Schmerzsituation.

6.3 Ängste vor dem ersten Aufstehen

Vor dem ersten Aufstehen haben Patienten oft sehr große Angst. Sie glauben, dass sie es nicht schaffen zu gehen. Man soll mit dem Patienten nochmals die in der präoperativen Zeit eingeübten Fuß- und Beinübungen durchgehen, danach bespricht man nochmals wie der Patient aus dem Bett steigen will. Den Patienten soll man Mut machen und das erste Aufstehen soll mit der PhysiotherapeutInnen stattfinden, es soll aber auch eine zweite Person dabei sein. Auch das vermittelt dem Patienten viel Sicherheit und nimmt ihm die Angst. Durch die Versorgung des Patienten mit einem Epiduralkatheter und der Gabe von Naropin® 2mg über Perfusor 5ml/h ist die Mobilisierung besser durchzuführen, da der Patient keine Schmerzen von der Operation hat und sich gut erholen kann. Es sind die folgenden Mobilisierungen leichter durchzuführen wenn der Patient keine Schmerzen hat und daher auch keine Angst entwickelt.

6.4 Erstmobilisation mit der Physiotherapeutin

Geführtes Expertengespräch mit Angelika Tafatsch und Manuela Theuretsbacher - Physiotherapeutenteam des Krankenhauses Hallein: *„Um die Gefahr von Sekundärschäden durch Immobilität wie Pneumonie, Thrombose, Dekubitus, Kontrakturen oder Obstipation zu verringern, ist eine frühest mögliche Mobilisation anzustreben. Die Erstmobilisation erfolgt gemäß der ärztlichen Anordnung und sie wird meistens am 2. postoperativen Tag begonnen.*

Der Patient wird über die Vorgehensweise informiert. Erhält der Patient Infusionen oder hat er noch einen Perfusor laufen (z.B. Epiduralkatheter mit Schmerzmedikation) sind diese abzuhängen, um den Patienten nicht durch die ganzen Schläuche zu irritieren. Zuerst wird der Patient im Bett aufgesetzt – Querbett sitzen – mit Unterstützung des operierten Beines; der Patient soll tief durchatmen und der Blutdruck muss kontrolliert werden, da durch das lange

Liegen die Gefahr eines Kreislaufkollapses besteht. Danach soll der Patient vorsichtig aufstehen, dazu stellt man dem Patienten einen Rollator zur Verfügung, damit er sich abstützen kann. Nun werden die ersten Schritte versucht und die Physiotherapeutin erklärt dem Patienten wie er die Schritte setzen soll. – Um den Patienten zusätzliche Sicherheit zu vermitteln, geht eine zweite Person mit einem Rollstuhl mit, damit jederzeit die Möglichkeit besteht, sich hinzusetzen. Die Erstmobilisation darf für den Patienten nicht zu anstrengend sein, es ist auch sehr wichtig, dass der Zeitpunkt günstig gewählt ist. Dafür ist die Absprache mit dem Pflegepersonal wichtig, um zu wissen ob Untersuchungen angeordnet sind bzw. wann bei dem Patienten die Körperpflege durchgeführt wird.“

6.5 Ziel-Planung mit dem Patienten

Um für den Patienten eine rasche Genesung zu erreichen, ist es gut mit dem Patienten gemeinsam ein Ziel aufzustellen. Was möchte er jeden Tag erreichen? Zum Beispiel am 1. Tag bis zum Waschbecken gehen, am 2. Tag zur Toilette, am 3. Tag etwas aus dem Zimmer – und so immer ein Stück weiterplanen. Ziele die erreichbar sind. Um den Patienten nicht sehr über- oder unterzufordern ist es wichtig erreichbare Ziele auszusuchen, die dem Patienten sehr viel für die persönliche Selbstständigkeit bedeuten. Bei Patienten, die wieder in ihre vorherige Umgebung zurück möchten, ist die Motivierung mit solchen Zielsetzungen leichter. Da der Patient selber diese Ziele erreichen will ist die Planung und Durchführung von Maßnahmen einfacher.

6.6 Pflegeplanung für die Zeit nach der Operation

PD: 1.6.2.1. – NANDA

Gewebeschädigung

↪ Der Zustand, bei dem ein Patient eine Schädigung der Haut mit darunter liegenden Gewebeschichten aufweist.

PD: 6.1.1.1. – NANDA

Körperliche Mobilität, beeinträchtigt

Klassifikation nach Jones: Grad 3

↪ Eingeschränkte Fähigkeit eines Patienten, sich ohne Hilfe zu bewegen.

RD: 1.2.1.1. – NANDA

Infektion, hohes Risiko

↪ Der Zustand, bei dem ein Patient einem erhöhten Risiko ausgesetzt ist, von Krankheitserregern befallen zu werden.

PD: 9.3.2. – NANDA

Furcht

↪ Furcht ist ein Gefühl des Schreckens, das sich auf eine erkennbare, für diesen Patienten bedeutende Ursache bezieht.

Die ausgearbeitete Pflegeplanung für die Zeit nach der Operation liegt als Anhang 1) bei.

7. Rehabilitation

7.1 Remobilisation im Krankenhaus Abtenau

Geführtes Expertengespräch mit der Stationsschwester Angela Kirchgatterer des Krankenhauses Abtenau: „Nach dem Aufenthalt in einem Akut-Krankenhaus besteht die Möglichkeit, zum Beispiel in das Krankenhaus Abtenau, für die weitere

Remobilisation überstellt zu werden. Dort können die Patienten noch 3 – 4 Wochen weiterbetreut und - mit täglichen Physiotherapien und Übungen mit dem Pflegepersonal - für das Leben zu Hause vorbereitet werden. Um das Sturzrisiko zu senken informieren die Physiotherapeuten den Patienten über die Vermeidung von Stürzen.“

7.2 Psychische Folgen nach einem Sturz

Nach einem Sturz mit einer Verletzung, die anschließend operativ versorgt werden muss, ist bereits ein jüngerer Mensch für eine gewisse Zeit etwas unsicher. Bei älteren Menschen bewirken solche Stürze meist einen viel größeren Einschnitt in den Alltag. Die Patienten haben vor weiteren Stürzen Angst, sie ziehen sich zurück und verlieren dadurch den Anschluss an ihr soziales Umfeld. Dadurch fehlt den alten Menschen wieder das - die Bewegung im Freien und ausreichende Übung - was sie für eine gute Rehabilitation benötigen.

Weiters möchte ich noch darauf hinweisen, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der Psychotherapie sehr viel mehr bewirken kann als man ihr gemeinhin zutraut. Maria Hütter vom Berufsverband österreichischer Psychologen verweist auf zahlreiche internationale Untersuchungen, die das belegen. Ein Beispiel: Eine US-Studie über den Krankheitsverlauf bei alten PatientInnen mit einem Oberschenkelhalsbruch zeigte, dass der Krankenhausaufenthalt um zwölf Tage verringert werden konnte, wenn ein Psychologe zur Verfügung stand. Die Untersuchung mit einer Vergleichsgruppe, die nur orthopädisch behandelt wurde, brachte darüber hinaus ein weiteres verblüffendes Ergebnis: Die Einweisungsrate der psychologisch betreuten PatientInnen in ein Pflegeheim reduzierte sich um 50%. Im Krankenhaus hat jeder Anspruch auf psychologische Betreuung. Studien belegen verblüffende Erfolge.

Bremsklötze: Vorurteile und Informationsdefizite. (Schwischei, SN 2002)

7.3 Prävention

Der Patient soll gezielt über die Sturzrisiken die ihn betreffen aufgeklärt werden, eine solche Beratung ist bereits günstig, vor der Entlassung und nochmals wenn der Patient zuhause ist.

Im Krankenhaus soll dem Patienten Folgendes vermittelt werden:

- ↳ Ein sicheres Gehen
- ↳ Die Wichtigkeit sich zu bewegen
 - Trainingsprogramm zur Förderung von Kraft und Beweglichkeit
- ↳ Eine für ihn gesunde Ernährung
- ↳ Osteoporosetherapie (Medikamente, Sonne)

Für das Nachhausekommen sollte für den Patienten zuhause folgendes überprüft werden:

- ↳ Wie hoch ist die Selbstständigkeit des Patienten im Alltag
- ↳ Bewertung des Gefahrenpotentials im Haushalt
 - Lose liegende Teppiche, Kabel;
 - Diverse Hilfen: Anbringen von Haltegriffen oder Handläufen, gute Beleuchtung, rutschfeste Fußmatten (in Bad/Dusche), Duschhocker, Schnurlostelefon, nicht zu tiefe Sitzmöbel (Toilettensitz)

Weiterführende Physiotherapien sollten unbedingt durchgeführt werden. Weiters wird auch von vielen Organisationen Gymnastik für ältere Menschen angeboten.

Eine Studie die in England durchgeführt wurde, hat eine signifikante Minderung von nachfolgenden Stürzen bei Menschen die eine weiter-führende Betreuung und Beratung erfahren haben, aufgezeigt. Bereits in früheren Studien konnte nachgewiesen werden, dass es durch geeignete Maßnahmen möglich ist, bei älteren Menschen das Risiko wiederholter Stürze gering zu halten (vgl. Close 1999).

7.4 Wie geht es nach der Entlassung weiter

Es sind für den Patienten verschiedene Möglichkeiten offen. Eine Remobilisation im Krankenhaus Abtenau oder eine Übergangspflege bzw. Hauskrankenpflege wenn der Patient nach Hause möchte. Wir als Pflegepersonal müssen dem

Patienten die Möglichkeiten aufzeigen und die Art der Pflegeleistungen erklären können. Im Tennengau würde ich für einen Patienten folgende Angebote anbieten:

- ↳ Krankenhaus Abtenau – Remobilisation (siehe Anhang 2)
- ↳ Übergangspflege – Soziale Dienste
- ↳ Hauskrankenpflege Tennengau des Österreichischen Roten Kreuzes (siehe Anhang 3)
- ↳ Diakonie Salzburg, Zweigstelle Hallein (siehe Anhang 4)
- ↳ Eventuell Haushaltshilfe
- ↳ Essen auf Rädern (siehe Anhang 5)
- ↳ Notfallpiepser – Seniorennotruf (siehe Anhang 6)

Man sollte auch den Patienten darauf hinweisen, dass er weiterhin zu einem Physiotherapeuten gehen soll.

Welche Hilfsmittel benötigt der Patient und wo kann er sie erhalten? – Kontakte sollen bereits im Krankenhaus geknüpft werden.

Über einen finanziellen Zuschuss für den erhöhten Pflegebedarf bei der Bezirkshauptmannschaft – Hallein Informationen geben können (siehe Anhang 7).

8. Resümee

Bei Patienten die akut, nach einem Sturz, in ein Krankenhaus eingeliefert werden und plötzlich - für jede Tätigkeit - auf die Hilfe von anderen angewiesen sind, bei solchen Patienten treten sehr viele Ängste auf. - Auf diese Menschen kommt dann auch noch eine Operation zu. - Man muss bei solchen Patienten, in diesen Ausnahmesituationen, mit viel Verständnis und Einfühlungsvermögen auf diese Ängste eingehen. Weiters ist es notwendig diesen Patienten viel Sicherheit und Geborgenheit zu vermitteln, aber man muss sie auch motivieren bei der Mobilisation mitzuarbeiten. Es ist wichtig das **gemeinsame Ziele** gesetzt werden und dass die Maßnahmen auf und mit dem Patienten abgestimmt sind. Die Patienten dürfen nicht überfordert werden, da sie sonst meinen, dass sie nichts mehr neu lernen können. Aber auch für das Leben nach dem Krankenhausaufenthalt muss man die Patienten so unterstützen, das sie sich vor weiteren Stürzen schützen können. Wir als Pflegepersonen müssen den Patienten Zukunftsperspektiven aufzeigen. Weiters sollen wir Ihnen auch zeigen, wie sie

dieses Selber erreichen können bzw. welche Unterstützungen es gibt um dahin zu gelangen. Wenn es uns gelingt einen Patienten mit der interdisziplinären Zusammenarbeit wieder in die eigene Wohnung zu entlassen, dann kann man das als eine gut gelungene Arbeit bezeichnen.

Dies gelingt jedoch nur, wenn „jeder für jeden“ und „jeder mit jeden“ zusammenarbeitet.

DGKS/P → Physiotherapeut → **PATIENT** ← Arzt ← Familie ← Hilfsorganisationen

9. QUELLENVERZEICHNIS

- Close J./Ellis M. et al. (1999) : Prevention of falls in the elderly trial (PROFET) :
a randomized controlled trial. (WWW Dokument).
URL: <http://www.healthandage.at/Dhome/gid> (24.4.2003)
- Juchli, Liliane et al. (Hg.)(2000): Pflege : entdecken – erleben – verstehen –
professionell handeln. (9.völlig neu bearbeitete Auflage) Stuttgart: Thieme.
S. 1421, 1423, 1426, 1435
- Jurasek, Christine DGKS (2003): Expertengespräch über die Durchführung einer
Extensionsbehandlung – geführt am 28.4.2003
- McRae, Ronald (1995): Praxis der Frakturenbehandlung. (3. bearbeitete Auflage)
Stuttgart: Fischer. S. 262
- Meier-Baumgartner, Hans-Peter (2002): Für Rehabilitation ist man nie zu alt.
(WWW Dokument). URL: <http://www.kda.de/hilfeundpflege/Kap9/seite1.htm>
(28.11.2002)
- N.N., <http://www.medizinfo.de/becken/schenkelhals.shtml> (25.8.2003)
- Nöldeke, Stefan (1998): Klinikleitfaden Chirurgische Ambulanz.
Stuttgart: Fischer. S 364
- Paetz, Burkhard/Benzinger-König, Brigitte (2000): Chirurgie für Pflegeberufe.
(19 völlig neu bearbeitete Auflage) Stuttgart: Thieme. S. 526, 547ff, 555ff
- Kirchgatterer, Angela DGKS (2003): Pflegeteam des Krankenhauses Abtenau,
Expertengespräch über die Remobilisation von alten Menschen
nach einer Oberschenkelhalsfraktur - geführt am 20.8.2003
- Schäffler, Arne et al. (Hg.)(2000): Pflege Heute – Lehrbuch und Atlas für Pflege-
berufe. München: Urban & Fischer. S. 100ff, 924, 113ff, 897
- Schwisχει, Gerhard (2002, 18. Jänner): Mit Psychotherapie kürzer im Spital.
Salzburger Nachrichten, Seite 3 (WWW Dokument).
URL: <http://www.boep.or.at/klinges/sbn.htm> (17.3.2003)
- Stepfan, Harald/ Allmer Franz et al. (2000): Praxis der Pflegediagnosen.
(2. erweiterte und überarbeitete Auflage) Wien: Springer.
Seite 196ff, 224ff, 356ff, 582ff
- Tafatsch Angelika und Theuretsbacher Manuela (2003): Physiotherapeutenteam des
Krankenhauses Hallein: Fachgespräch über die Erstmobilisation eines alten
Menschen nach einer Oberschenkelhalsfraktur - geführt am 10.7.2003
- Toriser, Romana (2002): Neurorehabilitation & Geriatrie. Pflegeexpress
Ausg. 1/2002 (WWW Dokument).
URL: <http://www.pflegeexpress.at/artikel.php> (17.3.2003)

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, die gesamte Fachbereichsarbeit selbstständig und eigenständig ausgearbeitet zu haben.

Sonja Oster, November 2003

.....

Frau G. – Planung nach Oberschenkelhalsbruch - Operation

Pflegediagnose	Ziel	Zeitgrenze	Maßnahmen
<p>PD: 1.6.2.1. – NANDA Gewebeschädigung</p> <p>Ä: Eingeschränkte körperliche Mobilität Operation</p> <p>S: Geschädigte Haut (Operationswunden und Druckstellen)</p>	<p>Der Patient weist eine beobachtbare Besserung der Gewebeschädigung auf</p>	<p>tgl.</p>	<p>Eine gute Beobachtung von Wunden/Druckstellen *Durchblutung, Schmerzen, Entzündungszeichen Eine eiweißreiche Ernährung, um die Heilung zu begünstigen *ausgewogene Nahrungsaufnahme/Flüssigkeits- zufuhr * entsprechende Lagerungen durchführen</p>
<p>PD:6.1.1.1. – NANDA Körperliche Mobilität , beeinträchtigt – Grad 3</p> <p>Ä: Muskuloskeletäre Beeinträchtigung – OP</p> <p>S: Furcht, Bewegungseinschränkung</p>	<p>Der Patient lernt Techniken und Verhaltens- weisen, die eine Wiederaufnahme von Aktivitäten ermöglichen.</p>	<p>tgl.</p>	<p>*Den Patienten über die Planung mit den Physiotherapeuten informieren * Pflegehandlungen bis 9.° abschließen, damit die Physiotherapie nicht ver- zögert wird *Den Patienten bei seinen Übungen/Körper- pflege unterstützen und motivieren zur Selbstständigkeit *Hilfsmittel zur Verfügung stellen – mit den Pat. üben (Rollator/Krücken/Vier-Punkt-Stock)</p>
<p>RD: 1.2.1.1. – NANDA Infektion, hohes Risiko</p> <p>RF: Ungenügende primäre Abwehrmechanismen Traumatisiertes Gewebe</p> <p>Epiduralkatheter Dauerkatheter Venflon</p>	<p>Der Patient ist frei von nosokomialer Infektion. - keine Entzündungszeichen</p>	<p>tgl.</p>	<p>*Sterile Verbandwechsel: OP-Wunde, Epidural- katheter; Venflon-Pflege (lt. Standard) Info. über korrekte Hygiene (Pat. und Personal) DK mit Wasser tgl. reinigen; - sollte so rasch als möglich entfernen</p>

Pflegediagnose	Ziel	Zeitgrenze	Maßnahmen
<p>PD: 9.3.2. – NANDA Furcht</p> <p>Ä: Wissensdefizit, - vor Risiko wieder zu stürzen</p> <p>S: verbale Äußerungen des Pat.</p>	<p>Pat. zeigt Einsicht durch Anwendung wirksamer Bewältigungsformen und aktive Teilnahme an der Behandlung.</p>	<p>3 Tage</p>	<p>Über die Ängste und Sorgen sprechen - Gespräche in einer guten Atmosphäre führen Der Patientin Sicherheit vermitteln Über den weiteren Verlauf genaue Info geben Die Pat. in die weiteren Pflege- und Therapieplanung miteinbeziehen.</p>

*Pflegekonzept zur Remobilisation von geriatrischen
Patienten in der Sonderkrankenanstalt für chronisch
Kranke Abtenau*



„Es ist uns ein Anliegen die Lebensqualität des geriatrischen Patienten durch gezielte pflegerische Maßnahmen so zu verbessern, dass es gelingt Alltagskompetenzen auszubauen - zu erweitern - oder aber zu erhalten, um so eine Entlassung in die häusliche Umgebung zu ermöglichen.“

Ziel unserer Arbeit:

Das Ziel der pflegerischen Arbeit in unserem Haus ist es, ihre Mobilität zu verbessern, um so den Herausforderungen des täglichen Lebens besser gewachsen zu sein. Wenn möglich sollte Ihnen so der Weg nach Hause erleichtert bzw. ermöglicht werden.

Maßnahmen:

Um dieses Ziel erreichen zu können ist es notwendig in den ersten Tagen Ihres Aufenthaltes eine ausführliche Pflegeanamnese zu erheben. In der wir Ihre derzeitige Mobilität feststellen können und erheben wollen, welchen Anforderungen Sie zu Hause gewachsen sein müssen.

Aufgrund dieser ausführlichen Anamneseerhebung wird ein Pflegeplan erstellt. In diesem Pflegeplan werden mit Ihnen gemeinsam die Ziele der nächsten Wochen ausgearbeitet.

Sie bestimmen die Geschwindigkeit des Fortschrittes und arbeiten aktiv an Ihrer Genesung mit.

Wöchentlich werden die Zielsetzungen mit Ihnen besprochen.

Die Einbeziehung Ihrer Familie ist uns besonders wichtig, da wir die Unterstützung Ihrer Familie benötigen.

Weiters bieten wir Ihnen die Möglichkeit Ihre geistigen Fähigkeiten zu trainieren in Form von Gedächtnistraining. Hierfür haben wir entsprechen ausgebildetes Pflegepersonal.

Ein weiterer wesentlicher Baustein in unserem Mobilisierungskonzept ist die Physiotherapie, deren Konzept finden Sie im Anhang. Für alle medizinischen Fragen steht Ihnen gerne unser ärztlicher Leiter Dr. Hannes Koretz zur Verfügung.

All die nun angeführten Maßnahmen dienen dazu ihre Mobilität und damit Ihre Unabhängigkeit so weit als möglich zu erhalten oder aber weiter auszubauen. Dies ist jedoch nur möglich mit Ihrer Unterstützung und der Unterstützung Ihrer Familie

Jederzeit steht Ihnen unser Team für Fragen zur Verfügung.

Besuchszeiten:

An unserem Krankenhaus gibt es keine vorgeschriebenen Besuchszeiten. Jedoch bitten wir Sie und Ihre Angehörige auf den Dienstbetrieb etwas Rücksicht zu nehmen und das Zimmer während pflegerische Handlungen durchgeführt werden oder Visite ist, das Zimmer für diesen kurzen Zeitpunkt zu verlassen.

Kaffeebuffett:

Da wir zur Zeit leider noch keine Cafeteria im Haus haben, bieten wir den Patienten des Krankenhauses jeden Mittwoch ein Kaffeebuffett an, welches von der Küche organisiert und auch betreut wird.

Aufenthaltsraum – Sozialraum:

Für Ihre Genesung ist es wichtig auch am sozialen Leben teilzunehmen. Aus diesem Grund sollten Sie wenn es irgend möglich ist, Ihre Mahlzeiten dort zu sich zu nehmen.

*Essenszeiten: 7.⁰⁰ bis 9.⁰⁰ Uhr Frühstück
11.³⁰ bis 12.³⁰ Uhr Mittagessen
17.³⁰ bis 18.⁰⁰ Uhr Abendessen*

Wir bitten Sie aus organisatorischen Gründen die Essenszeiten einzuhalten.

Kleidung:

Damit wir gezielt mit Ihnen trainieren können ist es wichtig, dass Sie bequeme Kleidung und festes Schuhwerk mitbringen, oder aber Ihre Angehörigen die Kleidung nachbringen.

Die private Kleidung wird nicht in der Krankenanstalt gewaschen.

Da wir auch in der warmen Jahreszeit unser Therapieprogramm in den Garten verlegen, sollten Sie auch einen Pulli bzw. eine Kopfbedeckung mitbringen.

Gerne stehen wir Ihnen für weitere Fragen zur Verfügung

Ihr Pflorgeteam



HAUSKRANKENPFLEGE TENNENGAU

Wir stellen uns vor:

Seit mehr als 25 Jahren stehen unsere fachkundigen und bestens ausgebildeten

- Dipl. Gesundheits- und Krankenschwestern/-pfleger
- Pflegehelferinnen

für Sie zum Einsatz bereit, mit dem Bemühen, Ihre Gesundheit zu fördern und zu unterstützen.



PFLEGETEAM TENNENGAU

Wegweiser in die Hauskrankenpflege:

- Sie nehmen mit uns Kontakt auf
- Die Diplomkrankenschwester kommt zu Ihnen nach Hause. In einem Erstgespräch erhebt sie unter Berücksichtigung Ihrer individuellen Bedürfnisse den Pflegebedarf.
- Wir beraten und planen mit Ihnen und Ihren Angehörigen die weiteren Schritte.
- Wir berücksichtigen Ihre individuellen Bedürfnisse und führen eine aktivierende Pflege nach Pflegeplanung durch.
- Angehörige werden in die Pflege mit einbezogen und unterstützt.

Wen betreuen wir?

- wenn Sie zu Hause pflegebedürftig sind
- bei Erkrankungen aller Art und in jedem Lebensalter
- wenn Sie fachlich fundierte Pflege brauchen

Was beinhaltet unsere Medizinische Hauskrankenpflege?

- Gesundheitsberatung
- Grundpflege: Körperwäsche, Haarpflege, Mundpflege, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme...
- vorbeugende Maßnahmen gegen Wundliegen, Lungenentzündung, Thrombosen...

- **Behandlungspflege:** Verbandwechsel, Injektion, Katheterpflege, Medikamentenverabreichung...
- **Beratung und Unterstützung** bei der Beschaffung von Heilbehelfen
- **Unterstützung und Begleitung** von Schwerstkranken und Sterbenden
- **Beratung und Anleitung** von Angehörigen in der Pflege

Wir sind für Sie da:



Bezirksstelle Hallein
Bezirksschwester: DGKS Sylvia Schwaiger
06245 / 850 62
Wiestal-Landesstrasse 2
5400 Hallein



Hilfe & Pflege für Zuhause

Wir bieten Ihnen die optimale Versorgung in Ihrer vertrauten Umgebung, abgestimmt auf Ihre persönlichen Bedürfnisse.

Unsere Leistungen

- | | |
|--------------------------|--|
| Hauskrankenpflege | Professionelle Hilfe gemäß ärztlicher Anordnung bei allen Formen der Pflegebedürftigkeit. |
| Betreuung | Ausgebildete MitarbeiterInnen unterstützen Sie bei den vielfältigen Aktivitäten des täglichen Lebens und entlasten Sie und Ihre Angehörigen. |

Unser Einsatzgebiet

Stadt Salzburg – südliche Umlandgemeinden – Hallein und Umgebung

Unsere Einsatzzeiten

Wir kommen zu Ihnen je nach Bedarf, auch mehrmals täglich und wenn nötig sogar am Wochenende und an Feiertagen.

Ihre Kosten

Auf Wunsch ist eine einkommens- und pflegegeld-abhängige Stützung des Landes Salzburg unter Berücksichtigung Ihrer Wohnkosten möglich. Wir erledigen auch für Sie den Antrag bei der BH bzw. Landesregierung.

Haben Sie noch Fragen? Rufen Sie uns an!

Einsatzleitung **Salzburg**: 0662/ 6385 –903 (-904 Fax)
5026 Salzburg, Diakoniezentrum, Guggenbichlerstr. 20

Einsatzleitung **Hallein**: 06245/ 82 6 77 (Tel.&Fax)
5400 Hallein, Khuenburggasse 2 (Schöndorferplatz)
Wir informieren Sie gerne bei einem unverbindlichen Erstbesuch !



Essen zu Hause:

In Stadt und gesamten Bundesland Salzburg versorgt das Rote Kreuz seit über 10 Jahren Senioren, Alleinstehende, Behinderte uvdgl. mehr, Mitmenschen mit "Essen zu Hause". Hervorragende Qualität -tiefgekühlt (in der Stadt Sbg. auch Ofenfrisch) erzeugt durch die Fa. Gourmet mit Sitz in St. Pölten können Sie verbunden durch eine Vielfalt an Speiseangebote a la carte - oder aber auch fertig zusammengestellte Sortimentkartons auswählen.



Mit Spezialfahrzeugen wird direkt zu Ihnen nach Hause zugestellt.

Zuhause essen – natürlich wie selbst gekocht

Vorwiegend aus saisonfrischen, heimischen Zutaten kochen die Gourmet-Köche

- ohne Konservierungsmittel
- ohne Farbstoffe
- ohne Geschmacksverstärker

Abwechslungsreiche, ausgewogene Ernährung mit vielen Vorteilen

- Für Menschen, die eine Diät benötigen
- Für Menschen, die keine Lust zum Kochen haben und mehr Freizeit genießen wollen
- Für Menschen, die sowohl aus einer bebilderten Ganzjahres-Speisekarte, als auch aus einer jeweils saisonal aktuellen „Frühling/Sommer-“ oder „Herbst/Winter“ - Speisekarte wählen wollen

In der Speisekarte (http://www.gourmet.at/media/gourmet_basiskarte.pdf) finden Sie über 100 unterschiedliche Hauptspeisen – von der typisch österreichischen Hausmannskost über leichte Geflügel- und Fischgerichte bis hin zu heimischen Mehlspeisklassikern und zusätzlich ein vielfältiges Angebot an Suppen und Desserts.

- **Normalkost** Die köstlichen Speisen der österreichischen Küche garantieren eine ausgewogene Versorgung mit lebenswichtigen Nährstoffen.
- **Cholesterinarme Kost** Genuss auch im Krankheitsfall bieten Speisen, die schmecken und weniger als 100 mg Cholesterin enthalten.
- **Diabetiker-Kost** Speziell auf die Bedürfnisse von Diabetikern abgestimmt, sind diese Speisen berechnet und mit Broteinheiten (BE) gekennzeichnet.
- **Fleischlose Kost** Eine große Auswahl an lebenswichtigen Vitaminen und Mineralstoffen in Gemüse- und Getreidegerichten, sowie in süßen Schmankerln geschmackvoll „verpackt“.
- **Leichte Kost** Schonend gekocht, mild gewürzt – ideal für Menschen mit Magen- bzw. Verdauungsproblemen

Wählen Sie individuell oder vertrauen Sie der Erfahrung unserer ErnährungswissenschaftlerInnen

À la Carte

Stellen Sie sich Ihren individuellen Wochenkarton mit je 7 verschiedenen Suppen oder 7 verschiedenen Hauptspeisen oder 7 verschiedenen Desserts ganz nach Ihrem persönlichen Geschmack zusammen.

Wochenkarton

Wählen Sie unter unseren fertig zusammengestellten, abwechslungsreichen Sortiments-Kartons mit je 7 unterschiedlichen Suppen oder 7 unterschiedlichen Hauptspeisen oder 7 unterschiedlichen Desserts.

Die Zustellung der Speisen erfolgt wöchentlich oder 14-tägig ohne extra Zustellgebühren direkt ins Haus

Österreichisches Rotes Kreuz,
Landesverband Salzburg
Essen für Zuhause
5071 Wals-Viehhausen, Kirchenweg 2
Tel: 0662/850588
Fax: 0662/850588

Email: efz@s.redcross.or.at

Seniorennotruf:

Direkt mit dem Salzburger Roten Kreuz verbunden!

Nicht nur Alleinstehende sondern auch ältere Mitmenschen fürchten sich oft von der Außenwelt abgeschnitten zu sein.

Aus Sorge, im Notfall keine Hilfe rufen zu können.

Mit dem Rufhilfetelefon kann das nicht mehr passieren.

Telefonische Auskunft erhalten Sie unter: 0662 8144 494

Email: rufhilfe@s.redcross.or.at

Das Rufhilfesystem besteht aus:

- einem Alarmknopf, der wie eine Armbanduhr getragen wird und nur 16g schwer ist und
- einem Zusatzgerät zum Telefon mit einer Freisprecheinrichtung.



Zum Anschluss des Rufhilfegerätes brauchen Sie:

- einen Telefon-Einzelanschluss (=ganzer Telefonanschluß)
- eine PD3 Telefonsteckdose (Euro-Steckdose)
- eine Stromsteckdose (220V), max. 1,5m vom Telefonanschluß entfernt.

Besitzen Sie nur einem Viertelanschluss, muss bei der Post die Umwandlung auf Einzelanschluss beantragt werden.

"Lifestar" ist übrigens wasserdicht und besitzt eine Notstromversorgung, die eine volle Funktion bis zu 48 Stunden garantiert.

Die Montage erfolgt seitens des Roten Kreuzes innerhalb 2 bis 3 Tage.

Kosten:

Einmalige Anschlussgebühr: ? 58.10

Monatliche Miete: ? 27.60

Finanzielle Fragen bei

- Pflegegeld
- Eigenleistung für Hauskrankenpflege
- Heimhilfe

Frau Kohl von der Bezirkshauptmannschaft Hallein Telefon 06245-796-249

Online Formulare und Informationen in Arbeit

Soziale Dienste Zuhause pflegen

Personen, die auf Hilfe, Pflege und Betreuung angewiesen sind, sollen solange wie möglich in den eigenen vier Wänden verbleiben können. Das ist das politische Ziel des Landes Salzburg. Aus diesem Grund werden pflegebedürftige Menschen finanziell dann unterstützt, wenn die Betroffenen selbst die notwendigen Hilfen nicht finanzieren können.

Wer erhält einen Zuschuss?

Die Betreuungs- und Pflegedienste sind nicht gratis. Sie kosten viel Geld. Da betreuungs- und pflegebedürftige Menschen in der Regel die anfallenden Kosten nicht zur Gänze selbst finanzieren können, wird ein Zuschuss gewährt.

Der Zuschuss zu den Betreuungs- und Pflegekosten wird unter folgenden Voraussetzungen zuerkannt:

- + Vorliegen einer Krankheit oder Behinderung, die dazu führt, dass der Betroffene nicht mehr in der Lage ist, ein selbstständiges Leben im Privathaushalt zu führen.
- + Besitz der österreichischen Staatsbürgerschaft (Ausnahmen möglich)
- + Hauptwohnsitz im Bundesland Salzburg

Der Zuschuss gebührt nur für genehmigte Betreuungs- und Pflegedienste. Auf den Landeszuschuss besteht kein Rechtsanspruch. Werden die Einkommensverhältnisse nicht offengelegt, wird kein Zuschuss gewährt.

Höhe des Selbstbehaltes

Der Selbstbehalt errechnet sich auf der Grundlage von landeseinheitlichen Richtlinien aus dem Haushaltseinkommen und dem Pflegegeld.

Für alle finanziellen Fragen

- Pflegegeld
- Eigenleistung für [Hauskrankenpflege](#) und/oder
- [Heimhilfe](#) (=Weiterführung des Haushaltes)

steht Ihnen **Frau Kohl** von der Bezirkshauptmannschaft Hallein unter Telefon **06245/796-6049** gerne zur Verfügung.

