

Bettwäschewechsel

Bei uns auf der Intensivstation ist es üblich, täglich die komplette Bettwäsche zu wechseln (auch bei internistischen Patienten), da so die Keimbelastung gering gehalten würde. Ist dies sinnvoll und gibt es dazu irgendwelche Daten?

Beantwortet am 22.12.2010 von CNE.experte Bernd Gruber

Grundsätzlich sind die Patienten entsprechend ihres Risikoprofils hygienisch zu betrachten. Zusätzlich wird die Art der Intensivstation (Intensivüberwachungs-, Behandlungs- oder Therapieeinheiten) mit berücksichtigt. Bei Patienten ohne bekannte Kolonisationen oder Infektionen mit Problemerregern ist ein Wechsel der Bettwäsche nur bei sichtbarer Verschmutzung nö-

tig. Ein täglicher Wechsel der Bettwäsche ist bei Patienten mit bekannter kritischer Kolonisation oder Infektion erforderlich und ist bei immunsupprimierten Patienten (zum Beispiel Patienten mit Intensivtherapie oder Hochdosis-Chemotherapie) zu empfehlen.

Quelle:

- AWMF online: Leitlinien zur Hygiene in Klinik und Praxis Den Artikel Hygienische Aufbereitung von Patientenbetten finden Sie unter folgendem Link:



Hygienische Aufbereitung von Patientenbetten ●

Studien zu Vorteilen der Mobilisation

Wo finde ich Texte/Studien über die Vorteile der Mobilisation/Frühmobilisation? Es ist zwar überall von den Nachteilen der Immobilität die Rede, aber man findet kaum Infos über die Vorteile der Mobilisation/Frühmobilisation. Und falls doch, dann sind die Beispiele immer ganz spezifisch auf Herzinfarkt, Hüft-Teps oder ähnliches ausgelegt.

Beantwortet am 14.04.2011 von CNE.experte Monika Hohdorf

Zum Thema Mobilisation und Frühmobilisation finden sich unzählige Texte. Der Nutzen und die Auswirkungen auf die spätere Funktionalität und Reintegration von Frühmobilisation und Mobilisation sind inzwischen unbestritten. Der Unterschied liegt im Zeitpunkt der Anwendung. Während Konzepte der Frührehabilitation unmittelbar nach der Akutphase, wie zum Beispiel nach einem akuten Schlaganfall beginnen (somit häufig im Intensivbereich oder Spezialeinheiten wie Stroke Unit), werden Verfahren der Mobilisation eher im Zusammenhang mit einer Rehabilitation angewandt also nach Abschluss der akuten Behandlungsphase mit zunehmenden Ausnahmen, wie zum Beispiel in der Akutgeriatrie. Mobilisation und Frühmobilisation stehen eng im Kontext mit Prophylaxe und Prävention. Pflegerisch häufig angewandte Konzepte in der Frühmobilisation und Mobilisation sind unter anderem Kinästhetik und Bobath. Grundsätzlich geht es darum, Folgeerscheinungen zu lindern, Fähigkeiten zu erhalten, den maximalen Grad der Selbstständigkeit wieder herzustellen und bei Risiken prophylaktisch einzugreifen, um deren Auftrittshäufigkeit zu reduzieren und

so bessere Behandlungsergebnisse zu erzielen. Eine Frühmobilisation beugt zum Beispiel einer Beinvenenthrombose und einem ruhebedingten Muskelschwund (Muskelatrophie) vor. Es ist richtig, dass Veröffentlichungen häufig im Zusammenhang mit Krankheitsbildern stehen. Die Ursache liegt darin in der Eingrenzung der Fragestellung zu Forschungs- und Untersuchungszwecken. Getestet werden häufig speziell entwickelte Verfahren für bestimmte Patientengruppen auf ihren Behandlungserfolg. Eine allgemeine Erklärung befindet sich in Wikipedia (Mobilisation). Dort wird bereits auf die Vorteile einer Mobilisation hingewiesen. Wie Sie dem Literaturnachzug entnehmen können, beschäftigen sich unterschiedliche Disziplinen mit Aspekten der Frühmobilisation und Mobilisation. Mit der im Literaturanhang aufgeführten Fachliteratur habe ich versucht, einen kleinen Querschnitt vorhandener Literatur abzubilden. Sehr empfehlen kann ich Ihnen das Buch Festgenagelt sein. Der Prozess des Bettlägerigwerdens von Angelika Zegelin. Sie schildert, welche Faktoren und Situationen sich begünstigend für eine Pflegebedürftigkeit auswirken können.

Quelle:

- Elsner, Bernhard (2010) Sehr frühe Rehabilitation nach Schlaganfall ungefährlich und praktikabel? Ein systematisches Review. Neurorehabilitation. Vol. 2(4). S. 180 ff.
- Fan E. (2010) What is stopping us from early mobility in the intensive care unit? Critical Care Medicine. Vol.38 (11). S. 2254-2255.
- Haasentritter J. (2009) Auswirkungen eines Präoperativen Bewegungsschulungsprogrammes auf dem für kinästhetische Mobilisation aufgebauten Viv-Arte-Lernmodell auf Mobilität, Schmerzen und . Pflege. Vol 22(1). S.19-28.
- Jacob S. (2004) Mobilisation des schwer kranken pneumonologischen Patienten Schnittstelle von Physio-, Ergo- und Spottherapie. Krankengymnastik Zeitschrift für Physiotherapeuten. Vol. 56(6). S. 990ff.
- Lauber A. Schmalstieg P. (2007) Prävention und Rehabilitation. Georg Thieme Verlag Stuttgart. Frühmobilisation
- McWilliams D. (2010) Anforderungen des Langzeitpatienten Frühmobilisation auf der Intensivstation. Pflegen Intensiv. Vol 7 (1) S 47 ff.
- Merholz J. (2008) Frühzeitige Mobilisation nach Schlaganfall? AVERT, eine randomisierte Studie. Physioscience. Vol4(1). S.45 ff.
- Needham, D. M. (2008) Mobilizing patients in the intensive care unit: improving neuromuscular weakness

Studien zu Vorteilen der Mobilisation

Wo finde ich Texte/Studien über die Vorteile der Mobilisation/Frühmobilisation? Es ist zwar überall von den Nachteilen der Immobilität die Rede, aber man findet kaum Infos über die Vorteile der Mobilisation/Frühmobilisation. Und falls doch, dann sind die Beispiele immer ganz spezifisch auf Herzinfarkt, Hüft-Teps oder ähnliches ausgelegt.

Beantwortet am 14.04.2011 von CNE.experte Monika Hohdorf

Zum Thema Mobilisation und Frühmobilisation finden sich unzählige Texte. Der Nutzen und die Auswirkungen auf die spätere Funktionalität und Reintegration von Frühmobilisation und Mobilisation sind inzwischen unbestritten. Der Unterschied liegt im Zeitpunkt der Anwendung. Während Konzepte der Frührehabilitation unmittelbar nach der Akutphase, wie zum Beispiel nach einem akuten Schlaganfall beginnen (somit häufig im Intensivbereich oder Spezialeinheiten wie Stroke Unit), werden Verfahren der Mobilisation eher im Zusammenhang mit einer Rehabilitation angewandt also nach Abschluss der akuten Behandlungsphase mit zunehmenden Ausnahmen, wie zum Beispiel in der Akutgeriatrie. Mobilisation und Frühmobilisation stehen eng im Kontext mit Prophylaxe und Prävention. Pflegerisch häufig angewandte Konzepte in der Frühmobilisation und Mobilisation sind unter anderem Kinästhetik und Bobath. Grundsätzlich geht es darum, Folgeerscheinungen zu lindern, Fähigkeiten zu erhalten, den maximalen Grad der Selbstständigkeit wieder herzustellen und bei Risiken prophylaktisch einzugreifen, um deren Auftrittshäufigkeit zu reduzieren und

so bessere Behandlungsergebnisse zu erzielen. Eine Frühmobilisation beugt zum Beispiel einer Beinvenenthrombose und einem ruhebedingten Muskelschwund (Muskelatrophie) vor. Es ist richtig, dass Veröffentlichungen häufig im Zusammenhang mit Krankheitsbildern stehen. Die Ursache liegt darin in der Eingrenzung der Fragestellung zu Forschungs- und Untersuchungszwecken. Getestet werden häufig speziell entwickelte Verfahren für bestimmte Patientengruppen auf ihren Behandlungserfolg. Eine allgemeine Erklärung befindet sich in Wikipedia (Mobilisation). Dort wird bereits auf die Vorteile einer Mobilisation hingewiesen. Wie Sie dem Literaturnachzug entnehmen können, beschäftigen sich unterschiedliche Disziplinen mit Aspekten der Frühmobilisation und Mobilisation. Mit der im Literaturanhang aufgeführten Fachliteratur habe ich versucht, einen kleinen Querschnitt vorhandener Literatur abzubilden. Sehr empfehlen kann ich Ihnen das Buch Festgenagelt sein. Der Prozess des Bettlägerigwerdens von Angelika Zegelin. Sie schildert, welche Faktoren und Situationen sich begünstigend für eine Pflegebedürftigkeit auswirken können.

Quelle:

- Elsner, Bernhard (2010) Sehr frühe Rehabilitation nach Schlaganfall ungefährlich und praktikabel? Ein systematisches Review. Neurorehabilitation. Vol. 2(4). S. 180 ff.
- Fan E. (2010) What is stopping us from early mobility in the intensive care unit? Critical Care Medicine. Vol.38 (11). S. 2254-2255.
- Haasentritter J. (2009) Auswirkungen eines Präoperativen Bewegungsschulungsprogrammes auf dem für kinästhetische Mobilisation aufgebauten Viv-Arte-Lernmodell auf Mobilität, Schmerzen und . Pflege. Vol 22(1). S.19-28.
- Jacob S. (2004) Mobilisation des schwer kranken pneumonologischen Patienten Schnittstelle von Physio-, Ergo- und Spottherapie. Krankengymnastik Zeitschrift für Physiotherapeuten. Vol. 56(6). S. 990ff.
- Lauber A. Schmalstieg P. (2007) Prävention und Rehabilitation. Georg Thieme Verlag Stuttgart. Frühmobilisation
- McWilliams D. (2010) Anforderungen des Langzeitpatienten Frühmobilisation auf der Intensivstation. Pflegen Intensiv. Vol 7 (1) S 47 ff.
- Merholz J. (2008) Frühzeitige Mobilisation nach Schlaganfall? AVERT, eine randomisierte Studie. Physioscience. Vol4(1). S.45 ff.
- Needham, D. M. (2008) Mobilizing patients in the intensive care unit: improving neuromuscular weakness