



Fotos: B. Braun Melsungen AG, Fotolia, iStockphoto

Palliative Wundversorgung

Wenn Wunden nicht mehr heilbar sind

In der palliativen Pflege kann das Ziel der Wundheilung nicht immer erreicht werden. Durch eine schlechtere Durchblutung und Heilungsbereitschaft des Körpers kann die Wundgranulierung verlangsamt oder ganz eingestellt sein. Hier gewinnen andere Aspekte der Wundversorgung an Bedeutung, wie die Symptomlinderung und die Lebensqualität des Patienten unter Wahrung seiner Würde.

Der international gebräuchliche Fachausdruck für die Versorgung von schwerstkranken Menschen mit nur geringer Lebenserwartung lautet „palliative care“. Ist keine Aussicht auf Heilung mehr vorhanden, werden auch bei der Wundversorgung andere Schwerpunkte gesetzt.

Ziele: Symptomlinderung und Schmerzvermeidung

Bei Palliativpatienten liegt der Hauptfokus der Wundversorgung nicht auf der Abheilung der Wunde. Wichtiger sind eine Symptomlinderung, insbesondere die Vermeidung von Schmerzen und eine möglichst geringe Belastung der Lebensqualität durch die notwendigen Maßnahmen der Behandlung. Zudem gilt es, Wundwachstum beziehungsweise -zerfall sowie Komplikationen hinauszuzögern. Dazu gehört auch die Reduzierung von wund- und therapiebedingten Einschränkungen, insbesondere Schmerzen, Gerüchen und Exsudatproblemen.

Das Augenmerk liegt auf der psychosozialen Betreuung des Betroffenen und seiner Angehörigen sowie der Vermeidung und Linderung physischer Folgen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) formuliert dementsprechend: „Palliativmedizin ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit den Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, gewissenhafte Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“ (Definition nach WHO 2002).

Im Fokus stehen dabei stets die Wahrung der Würde und die Unterstützung der Selbstbestimmung des Betroffenen. Auf Basis von persönlicher Zuwen-

dung und Einfühlungsvermögen für ein verständnis- und vertrauensvolles Miteinander wird die Unabhängigkeit der Betroffenen, soweit möglich, gefördert und Immobilität sowie soziale Isolation vermieden. Einer adäquaten Mitbehandlung der Schmerzsituation gilt hierbei besondere Aufmerksamkeit. Die Grundlage bildet stets das Bemühen um die Wahrung einer bestmöglichen Lebensqualität.

Wundaufgabe richtig auswählen

Der Verbandwechsel erfolgt atraumatisch. Grundlage für die Materialauswahl sind die Prinzipien der modernen, phasengerechten, feucht-warmen Wundversorgung. Dementsprechend empfiehlt der DNQP-Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ (DNQP 2009) in seiner Kommentierung folgende Auswahlkriterien für eine Wundaufgabe: Wundheilungsstadium/-phase, Wundlokalisation, Schmerz, Infektionszeichen/bestehende Infektion, Exsudatmenge, Haut- und Kontinenzsituation sowie Kosten- und Effektivitätskriterien.

Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass das Material für den Betroffenen akzeptabel und bequem ist und möglichst keine negativen Auswirkungen auf seinen Alltag hat. Es soll zudem einfach handhabbar sein und nicht mit dem Wundgrund verkleben. Die Verbandwechselhäufigkeit orientiert sich an der Wundsituation und den Herstellerangaben.

Cave: Bei exulcerierenden Tumorzellen sollte keine Abdeckung mit folienbeschichteten Wundaufgaben stattfinden. Da diese ein feucht-warmes Wundmilieu fördern beziehungsweise erhalten und damit das Zellwachstum optimal unterstützen, kann so ebenfalls das Wachstum der Tumorzellen gefördert werden. Deshalb ist hier eine konventionelle Sekundärabdeckung zu bevorzugen.

Wundreinigung: hygienische Empfehlungen beachten

Der Immunstatus von Palliativpatienten ist meist aufgrund eines hohen Alters oder der Grunderkrankung stark reduziert und sollte daher mit besonderer Sorgfalt bedacht werden. Das Robert Koch-Institut (RKI) formuliert in seiner Empfehlung „Infektionsprävention in Heimen“ (2005) in Abschnitt 6.4.1: „Zum Spülen von Wunden dürfen nur sterile Lösungen verwendet werden (Kat. 1 B)“ und ergänzend „Jede Wundspülung muss steril sein (...) Leitungswasser ist nicht frei von Keimen.“

Unkonservierte Lösungen wie Ringer- oder physiologische Kochsalzlösung erfüllen diese Kriterien optimal. Diese Lösungen sind direkt nach Anbruch zu verwerfen. Inzwischen sind aber auch mit Octenidin oder Polyhexanid konservierte zeitgemäße Spüllösungen auf dem Markt erhältlich, zum Beispiel Prontosan®, Octenilin®, Lavasorb®, Lavanid®.

Aufgrund der Konservierungsstoffe sind diese Lösungen nach Anbruch länger verwendbar, je nach Produkt vier bis acht Wochen. In Einzelfällen, zum Beispiel bei Infektgefährdung oder bei bestehender Infektion,



kommen nach ärztlicher Anordnung zeitgemäße Antiseptika wie 0,02- oder 0,04%ige Polyhexanidlösungen oder Octenisept® zum Einsatz. Entsprechend der genannten RKI-Empfehlung ist ein Aus- oder Abduschen von Wunden daher nur mit Duschköpfen vorzunehmen, die mit endständigen Wasserfiltern (0,2 µm) ausgestattet sind.

Ergänzend zur genannten Empfehlung hat das RKI im Jahr 2010 eine weitere Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der medizinischen Versorgung von immunsupprimierten Patienten“ veröffentlicht. Unter Punkt 3.10 wird formuliert: „Für die (Wasser-)Spülung von Wunden darf nur sterile NaCl-/Ringer-Lösung oder 0,2 µm-gefiltertes Wasser verwendet werden.“ Generell sollte beim Spülen stets auf einen guten Abfluss geachtet werden. Zudem sollten zur Schmerzreduzierung nur angewärmte Lösungen (Wasserbad, unter laufendem Warmwasser, in der Hosentasche) zum Einsatz kommen und vorsichtig sowie nicht mit viel Druck angewendet werden.

Schmerzsituation beachten

Bei Schmerzen handelt es sich um Warnsignale des Körpers, die – wie alle Sinnesindrücke – individuell empfunden werden.

Sie sind daher vom Behandlungsteam immer ernst zu nehmen. Diese Einschätzung wird laut dem DNQP-Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege“ auch durch die aktuelle Studienlage gestützt. Der Expertenstandard formuliert darüber hinaus: „Jeder Patient/Betroffene mit akuten oder tumorbedingten chronischen Schmerzen sowie zu erwartenden Schmerzen erhält ein angemessenes Schmerzmanagement, das dem Entstehen von Schmerzen vorbeugt, sie auf ein erträgliches Maß reduziert oder beseitigt“ (DNQP 2005).

Ein wesentlicher Faktor für die Wiederherstellung und Gewährleistung einer erträglichen Lebenssituation ist die adäquate systemische, analgetische Schmerzbehandlung. Verlässliche Daten über die Schmerzsituation bilden hierfür die Basis. Beispielsweise sollte geklärt werden, ob eine vorhandene Schmerzmedikation ausreichend ist und ob diese Nebenwirkungen hervorruft, die entsprechend mitzubehandeln sind. Gegebenenfalls ist auch ein Schmerztherapeut hinzuzuziehen.

Es ist sicherzustellen, dass eine regelmäßige, ausreichende Einnahme der Medikamente zeitnah unter Beachtung des Wirkeintritts sowie eine zusätzliche Be-

darfsmedikation gewährleistet sind. Handhabe für die bedarfsgerechte, individuell dosierte, systemische Behandlung dauerhaft auftretender Schmerzen ist das Stufenschema der Weltgesundheitsorganisation WHO (Abb. 1).

Als grundsätzliche Basis der Schmerzbehandlung von Patienten mit chronischen Wunden ist der vertrauensvolle Umgang miteinander auf gleichberechtigter Augenhöhe, vermittelt durch verständnisvollen Zuspruch und Einfühlungsvermögen. Darauf baut eine wechselseitige Vertrauensbasis auf, die den wertschätzenden Umgang miteinander gewährleistet. Zusätzlich zur Medikation gibt es auch Strategien im Rahmen der Behandlung, die Schmerzen reduzieren können.

Schmerzvermeidungsstrategien beim Verbandwechsel

Ein Verbandwechsel bedeutet für den Patienten eine Stresssituation, die häufig mit Schmerzen verbunden ist. Einige Strategien beugen Schmerzen im Rahmen der Behandlung vor oder können diese mindern. So sollte beispielsweise sichergestellt werden, dass die benötigte Medikation rechtzeitig vor Beginn eines eventuellen Verbandwechsels gegeben werden, damit die Wirkzeit gewährleistet ist. Weitere Strategien sind:

- Aufklärung des Patienten über die anstehende Behandlung,
- Vorgehensweisen absprechen und bei Bedarf Stoppsignale vereinbaren oder Ablenkung schaffen,
- Schmerzen immer ernst nehmen,
- Fenster und Türen schließen, Zugluft vermeiden,
- Stressfreie Umgebung schaffen, Geräuschquellen minimieren,
- Bequeme Lagerung (soweit möglich), Anspannung vermeiden,
- Wundspüllösung vor Gebrauch anwärmen,

Stufenschema der WHO

Abb. 1

Stufenplan zur Behandlung von Schmerzen (modifiziert nach WHO, 1986)

Stufe 1: Nichtopiod-Analgetikum + ggf. Begleitmedikation

Stufe 2: (bei gleichbleibendem oder stärker werdendem Schmerz): Nichtopiod-Analgetikum + schwaches Opioid-Analgetikum + ggf. Koanalgetika und Supportiva

Stufe 3: (bei gleichbleibendem oder stärker werdendem Schmerz): Nichtopiod-Analgetikum + starkes Opioid-Analgetikum + ggf. Koanalgetika und Supportiva

Koanalgetika sind Arzneimittel anderer Indikationsgebiete, die die Therapie unterstützen, unter anderem Psychopharmaka (Neuroleptika, Antidepressiva, Tranquilizer).

Supportiva, wie Antiemetika, Laxantien, Antacida (H₂-Blocker, Protonenpumpenhemmer), Sedativa, Antiallergika und Antitussiva minimieren die Nebenwirkungen.

So sollten bei der Verordnung von Morphinpräparaten stets auch Stuhlweichmacher zur Vorbeugung von Obstipation mit verordnet werden.



Nicht die Abheilung der Wunde steht im Vordergrund, sondern das Interesse des Patienten an einem selbstbestimmten, würdigen und schmerzfreien Leben

- Schonende Wundreinigung, zum Beispiel nicht über die Wundfläche wischen, sondern Kompressen vorsichtig andrücken, um aufgeweichte Beläge zu entfernen,

- Unnötige Reize wie Berührung von Wunde/-rand und Druck vermeiden,

- Schonendes Débridement, zum Beispiel durch Einsatz von Lokalanästhetika (EMLA®-Creme), Einwirkzeit von 45 bis 60 Minuten beachten oder autolytisches Débridement,

- Schonendes Ablösen der Wundauflage, gegebenenfalls vorab mit Ringer-/NaCl 0,9%-Lösung einweichen oder mit Pflasterlöser; Folienverbände durch paralleles Überdehnen der Folie zur Haut ablösen, um Hautrisse zu vermeiden,

- Wunde nicht unnötig lange offen liegen lassen, um Austrocknung und Auskühlung zu vermeiden,

- Wundauflagen ohne Klebeflächen bevorzugen, um Nervenreizungen zu vermeiden,

- Einsatz speziell beschichteter Wundauflagen, zum Beispiel mit Silikon, Lipidkolloidbeschichtung oder Soft-Gel, die ein schmerzfreies Ablösen unterstützen sollen; eventuell Anwendung eines wirkstoffhaltigen Polyurethanschaums mit Ibuprofen (Biatain®-Ibu),

- Keine Einschnürungen durch zu festes Anwickeln von fixierenden Mullbinden provozieren;

Verband spannungsfrei anbringen.

Gerüche minimieren

Wunden sind oft mit Gerüchen verbunden, die sich als unangenehme Sinneseindrücke zu einer Belastung auswachsen können. Der Reaktion auf eine Geruchs-situation vonseiten der Pflege kommt somit eine besondere Rolle in der Wundversorgung von Palliativpatienten zu. Gerüche stehen häufig mit Wundinfektionen im Zusammenhang, aber auch der Zerfall eines Tumors kann unangenehme Gerüche hervorrufen.

Die Wahrnehmung eines auffälligen Eigengeruchs stellt für den Betroffenen eine Belastung dar und ruft insbesondere eine verständliche Scheu vor der Interaktion mit anderen Menschen hervor. Zudem bewirken solche Gerüche Körperbildstörungen infolge eines Ekels vor sich selbst. Folgerichtig wird also Wundgeruch das Sozialverhalten und die Lebensqualität stark einschränken. Verschiedene Strategien zur Geruchs-bekämpfung und -reduktion beugen der Minderung der Lebensqualität in dieser Hinsicht vor. Strategien zur Geruchsminimierung sind beispielsweise:

- Einsatz von geruchsbindenden Wundauflagen, zum Beispiel Aktivkohlekompressen mit/ohne Silber,

- Verwendung von 2%iger Chlorophylllösung (Zubereitung in Apotheken), nutzt die natürliche geruchsbindende Eigenschaft des Blattfarbstoffes, wird bei Anwendung auf die wundabgewandte Kompressenseite aufgebracht, denn die Lösung sollte nicht mit der Wunde in Kontakt kommen,

- Bei Bedarf Einsatz von Stozon® Dragees gegen Mund-/Körpergeruch,

- Gegebenenfalls Schälchen mit Kaffeepulver/Essigwasser aufstellen,

- Vorsicht bei Duftanwendungen, zum Beispiel Duftlampen/-kerzen, -ölen, da lediglich eine Überdeckung des Geruches stattfindet; möglich ist, dass ein übler Geruchsmix entsteht, der Übelkeit auslösen oder verstärken kann,

- Regelmäßiges Wechseln von Kleidung und Bettwäsche und Belüftung des Raumes,

- Einsatz von zeitgemäßen Lokalanesthetika (auf Octenidin- oder Polyhexanidbasis),

- Eventuell Einsatz künstlicher Geruchsbinder, zum Beispiel Nilodur®.

Wichtig: ein geeignetes Exsudatmanagement

Neben Schmerz und Geruch stellt für viele Patienten das Exsudataufkommen eine besondere Belastung dar. Generell ist Exsudat ein physiologischer Faktor, der ganz natürlich im Verlauf der Wundheilung auftritt. Es gewährleistet das der Abheilung förderliche feucht-

Exulcerierender
Tumor mit blutenden
Arealen



Zustand nach Mamma-Ca und
Ablation der rechten Mamma,
Wundheilungsstörungen

Exulceration
rechte Mamma,
gereizte
Wundumgebung
durch hohe
Exsudatmenge



Exulcerierender
Tumor rechte Leiste,
Geruchsentwicklung
durch Tumorzerfall

warme Wundmilieu und spült Fremd- und Abfallstoffe, zum Beispiel Zelltrümmer, aus.

Seine meist nützliche Rolle kann sich jedoch in Folge bestimmter Voraussetzungen in das Gegenteil verkehren. Exsudat kann nicht nur ursächlich für den oben beschriebenen Wundgeruch sein, es stellt auch für sich eine Belastung dar, indem es beispielsweise die Kleidungswahl beeinträchtigt. In der Folge belastet die Exsudation die selbstbestimmte Lebens- und Freizeitgestaltung und löst psychische Belastungen aus.

Ein adäquater Umgang vonseiten der Pflege mit der Exsudatsituation – das sogenannte Exsudatmanagement – stellt daher einen Schwerpunkt in der Wundversorgung von Palliativpatienten dar. Die ursächliche Behandlung ist dabei immer integraler Bestandteil des Exsudatmanagements. Dabei geht es zum Beispiel um die Beseitigung von Infektion sowie das sach- und fachgerechte Anlegen der Kompression. Aber die ursächliche Behandlung ist eben immer nur ein Teil des Exsudatmanagements – weitere Strategien sollten ergänzend eingesetzt werden:

- Einsatz von Wundauflagen mit hohem Saugvermögen: zum Beispiel Vlieskompressen mit Superabsorber (Curea P1, Cutisorb Ultra, DryMax Extra, sorbion sachet S, Vliawasorb, Zetuvit plus), Polyurethanschäumverbände mit Superabsorber, Hydrokapillarverband (Alione),

- Gegebenenfalls unterstützender Einsatz von zeitgemäßen wirkstofffreien Wunddistanzgittern (zum Beispiel ADAPTIC TOUCH™, Askina SilNet, Mepitel, Tegaderm Contact, Urgotül, sorbion plus, Hydrotüll), um ein Verkleben der Wundauflage mit dem Wundgrund zu vermeiden (insbesondere bei Nutzung von Vlieskompressen mit Superabsorber),

- Verbandintervalle anpassen: so häufig wie nötig – so selten wie möglich,

- Verwendung eines adäquaten Wundrandschutzes und angepasster Hautpflege,

- Gerüche binden.

Eine häufig begleitende Komplikation von exulcerierenden Tumorzellen sind plötzlich einsetzende, starke Blutungen im Wundbereich. Mögliche Versorgungsstrategien sind:

- Wenn möglich lokaler Druckverband oder Kompression der blutenden Wunde,
- Eventuell Verbesserung der Blutgerinnung,

- Einsatz blutstillender Präparate/Wundauflagen nach ärztlicher Anordnung: zum Beispiel mit Adrenalin 0,1% getränkte Kompressen, Einsatz von Alginaten oder Hämostyptika (Tabotamp®),

- Kühlung der entsprechenden Region,

- Verwendung von aufsaugendem Material.

Tipp: Dunkle/farbige Tücher/Bettwäsche nutzen, um eine Panikreaktion des Patienten angesichts großer Blutflecken zu vermeiden.

Umgebungshaut und Wundränder schützen

Das Auftreten von Exsudat stellt neben den Konsequenzen für die Lebensqualität des Patienten auch einen klar definierbaren physischen Risikofaktor dar. Es bedeutet eine Belastung für den Wundrand und die umgebenden Hautareale. Daher geht ein adäquater Hautschutz stets mit der angepassten Wundversorgung einher. Bei Wunden mit stärkerer Exsudation sind die angesprochenen Bereiche durch Aufweichung und Mazeration gefährdet. In der Folge können sich schmerzhaft Hautirritationen entwickeln und allgemein

eine Verschlechterung des Krankheitsbildes zu beobachten sein. Auch wenn die oben angesprochenen Auffälligkeiten bereits eingetreten sind, kann die Anwendung eines Hautschutzes sinnvoll sein, um weiteren Schädigungen vorzubeugen. Mögliche Versorgungsstrategien sind:

■ Bei feuchter oder mazerierter Umgebungshaut Einsatz eines zeitgemäßen Hautschutzfilms, zum Beispiel Polyacrylatfilm wie Cavilon®, Cutimed® protect® oder No Sting Skin-Prep® oder Einsatz von Silikonöl. Diese Produkte sind transparent und gewährleisten so jederzeit eine Beobachtung der Haut.

Tipp: Neben dem Wundrand und der Umgebungshaut sind auch intakte Hautareale wie Wundstege/-inseln zu schützen.

■ Bei problematischer, trockener oder schuppiger Umge-

bungshaut Einsatz von Wundauflagen ohne Klebeflächen, eventuell mit hautfreundlichen Beschichtungen.

■ Bei Stuhlinkontinenz: Einsatz von Analtampons (zum Beispiel Conveen, Fa. Coloplast) oder Stuhl drainagesystemen, denn sie beugen einer möglichen Unterwanderung der Wundauflage vor (zum Beispiel Flexiseal, Fa. ConvaTec).

Ein würdiges und schmerzfreies Leben ermöglichen

Essentieller Fokus der Wundversorgung im Palliativbereich ist die Linderung von Symptomen und deren Vermeidung im Vorfeld. Grundlage des pflegerischen Handelns ist dabei die Gewährleistung und Wiederherstellung der Lebensqualität des Patienten unter Wahrung seiner Würde. Nicht die Ab-

heilung der Wunde steht also im Vordergrund, sondern das Interesse des Patienten an einem selbstbestimmten, würdigen und schmerzfreien Leben.

„Es geht nicht primär darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben!“ zitiert nach Cicely Saunders, englische Ärztin, bedeutende Begründerin der modernen Hospizbewegung und Palliativmedizin.

Literatur über die Verfasserin.

Anschrift der Verfasserin:

Kerstin Protz, Krankenschwester,
Managerin im Sozial- und
Gesundheitswesen, Referentin für
Wundversorgungskonzepte,
Vorstandsmitglied Wundzentrum
Hamburg e.V.
E-Mail: kerstin.protz@gmx.de

Erstklassige Fortbildung, aktuelle Produkte, wichtige Kontakte

Die PFLEGE + HOMECARE LEIPZIG ist mit Fachmesse und Kongress das herausragende Branchenereignis im Herbst 2011. Hier erhalten Sie einen aktuellen Marktüberblick, können sich fit machen für zukünftige Herausforderungen und den Erfahrungsaustausch mit Kollegen und Fachexperten pflegen.

Die Fachmesse:

Rund 350 Aussteller, zahlreiche Sonderbereiche und kostenfreie Vorträge, u. a. Berufswelt PFLEGE, Innovative Technik für die Pflege und Bewegung im Alter.

Der Kongress:

Mehr als 140 Vortragsveranstaltungen und Seminare im Management- und Praxiskongress. **Teilnahme mit Fortbildungspunkten!**

Besuchen Sie Ihren Branchentreff im Herbst 2011!
Wir freuen uns auf Sie.

Weitere Infos unter:
www.pflege-homecare.de



PFLEGE + HOMECARE LEIPZIG

Fachmesse und Kongress für professionelle
Pflege, Betreuung und Homecare-Versorgung

27. – 29. September 2011