Empfehlungen Pflege nach einem akuten Schlaganfall

Inhaltsverzeichnis

1.Einführung 2
1.1 Formen 2
1.2 Dominierende Ausfallserscheinungen 3
1.2.1 Vorderer Hirnkreislauf 3
1.2.2 Hinterer Hirnkreislauf 3
2. Pflege eines Patienten mit Schlaganfall 4
2.1 Allgemeines 4
2.1.1 Begünstigende Faktoren für eine Rehabilitation 4
2.1.2 Ungünstige Faktoren für eine Rehabilitation 4
2.2 Akutversorgung eines Schlaganfalls 5
2.3 Pflegeprozess und Pflegeplanung 6
2.3.1 Die Pflegeassessment 6
2.3.2 Pflegediagnostik 6
2.3.4 Mögliche Pflegeprobleme bei Schlaganfallpatienten 7
2.4 Mögliche Pflegeinterventionen 8
2.4.1 Positionierung 8
2.4.3 Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr 10
2.4.4 Mundpflege 10
3. Ziele der Pflege in der Akutphase des Schlaganfalls 11
4. Entlassung/Transferierung 11
5. Literatur 12

1.Einführung

Der Schlaganfall ist in Österreich, sowie den westlichen Industrienationen die dritthäufigste Todesursache, weltweit inzwischen sogar die zweithäufigste. Die Letalität des Schlaganfalls liegt innerhalb der ersten 3 Monate bei 15%. 70% aller Todesfälle durch neurologische Erkrankungen gehen auf den Schlaganfall zurück. Von den überlebenden Patienten bleiben rund ca. 30% dauerhaft pflegebedürftig.

1.1 Formen

Ischämischer Schlaganfall (ca. 80%)

bedingt durch eine embolisch - thrombotisch verursachte Durchblutungsstörung. Durch den Verschluss wird das betroffene Hirngewebe nicht mehr ordnungsgemäß mit Sauerstoff und Nährstoffen versorgt und geht dadurch zugrunde. Der Thrombus kann direkt im Gefäß (Aufbruch Arteriosklerose) entstehen, oder aus dem Herzen eingeschwemmt werden. Seltene Ursachen sind Vaskulitis, Dissektionen und Gerinnungsstörungen.

Die leichteste Form des ischämischen Schlaganfalls ist die „transistorische Ischämische Attacke" oder TIA. Ausgelöst wird die TIA durch ein Blutgerinnsel, dass die Blutzufuhr blockiert. Sie endet wenn sich das Blutgerinnsel auflöst oder zerbröckelt. Die Symptome bestehen oft nur für wenige Minuten, längstens jedoch für 24 Stunden. Hierbei kommt es zu keinen bleibenden Defiziten.

Das Risiko einen ischämischen Schlaganfall zu erleiden, nimmt mit dem Alter deutlich zu. 25% der Patienten sind jedoch jünger als 60 Jahre und 15% sogar jünger als 45 Jahre.

Hämorrhagischer Schlaganfall- Hirnblutung (ca. 15%)

die Gewebsschädigung ist bedingt durch eine Blutung im Gehirn durch das Platzen eines Blutgefäßes. Das Blut tritt dabei mit großem Druck aus einem geplatzten Gefäß in das Hirngewebe ein. Diese Form tritt häufig bei Patienten mit langjährigem Bluthochdruck auf. Hauptsächlich betroffen sind dabei die tiefen Hirnregionen. Die Symptome des Ischämischen und Hämorrhagischen Schlaganfalles können sehr ähnlich sein. Eine eindeutige Unterscheidung ist nur mittels bildgebender Untersuchungen möglich.

Subarachnoidalblutung - SAB (ca. 5%)

Die Subarachnoidalblutung ist eine Blutung in den Raum zwischen Arachnoidea (mittlere der drei Hirnhäute) und Hirnoberfläche. Ursache ist das Platzen eines Blutgefäßes aufgrund einer vorbestehenden Gefäßwandschwäche und Aneurysma. Auftreten kann sie in jedem Alter, wobei die Häufigkeit bei jüngeren Menschen, die keine Risikofaktoren für Gefäßerkrankungen zeigen, deutlich höher ist. Kopfschmerz, Meningismus und psychopathologische Symptome wie Bewusstseinseintrübung können typische Symptome sein. Dadurch unterscheidet sie sich deutlich von den anderen Formen.

1.2 Dominierende Ausfallserscheinungen

Die Ausfallserscheinungen hängen vom betroffenen Hirnareal ab. Das heißt, nicht jeder Schlaganfall hat dieselben Ausfallserscheinungen. Es gibt, je nach betroffenem, arteriellem Versorgungsgebiet so genannte dominierende Ausfallserscheinungen, die wiederum davon abhängig sind, wie viel Areal durch den Insult minderdurchblutet wird.

1.2.1 Vorderer Hirnkreislauf

Versorgungsgebiet der Arterie cerebh media und Arteria Carotis

- Hemiparese oder -Plegie
- Halbseitige Sensibilitätsstörungen (va. Hemihypästhesien)
- Apraxie
- Hemianopsie
- Facialisparese
- Aphasie (motorisch, sensorisch, amnestisch, global)

1.2.2 Hinterer Hirnkreislauf

Versorgungsgebiet der Arteria Basilaris und Arteria Vertrebralis

- Drehschwindel
- Nystagmus
- Übelkeit, Erbrechen
- Kopfschmerzen
- Schluck- und Sprachstörungen (Dysarthrie, Heiserkeit)
- Sehstörungen (Doppelbilder)
- Drop - attacks (plötzliches Hinfallen)

Kompletter Basilarisverschluss

- Tetraplegie
- Ataxie
- Locked-in-Syndrom
- Bewusstseinsstörungen (bis zum Koma)

Versorgungsgebiet der Arteria Cerebelli inferior posterior (Kleinhirnbereich)

- Ataxie
- Augenmotorikstörungen
- Medulla Oblongata
- Wallenberg - Syndrom: vegetative Störungen (Drehschwindel, Erbrechen, Schmerz- und Temperaturempfindungsstörungen, Nystagmus)
- Schluckstörungen (Dysphagie, Heiserkeit, Trigeminusparese, Gaumensegelparese)

Bei allen Versorgungsausfällen kann es, je nach Schweregrad der Läsion zusätzlich zu **psychischen - und Bewusstseinsveränderungen** hinsichtlich der **Vigilanz** und **Kognition** kommen.

Gerade die psychischen und kognitiven Veränderungen können langfristig bei der Rehabilitation eines Schlaganfalles enorm hinderlich sein.

2. Pflege eines Patienten mit Schlaganfall

2.1 Allgemeines

Der Schlaganfall bringt die Patienten plötzlich in eine völlig unbekannte Situation. Es kann zum Verlust der Selbständigkeit kommen, und selbst kleine alltägliche Tätigkeiten können nicht mehr verrichtet werden. Soziale Kontakte können durch Beeinträchtigung der verbalen Kommunikation und auch der kognitiven Funktionen schwer beeinträchtigt sein.

Daher richtet sich die Pflege grundsätzlich nach den Ausfallserscheinungen des Patienten.

2.1.1 Begünstigende Faktoren für eine Rehabilitation

- Rascher medizinischer Therapiebeginn
- Optimale Frührehabilitation
- Kooperation des Patienten
- Intaktes soziales Umfeld
- Gute interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Klinische Versorgungsstrukturen

2.1.2 Ungünstige Faktoren für eine Rehabilitation

- Schlecht korrigierbare Risikofaktoren
- Bewusstlosigkeit bzw. fehlende Kooperation durch Wahrnehmungsstörungen
- Hypo/Hyperaktives Delir
- Harnwegsinfekte
- Aspirationspneumonien

2.2 Akutversorgung eines Schlaganfalls

Idealerweise werden Patienten mit Stroke schnell ärztlich versorgt und behandelt und in einer Stroke Unit bzw. einer ähnlichen Einheit, die kontinuierliches Monitoring ermöglicht, betreut. Behandlung, Rehabilitation und Therapie werden dabei auf die Schlaganfall Ursache sowie Lokalisation individuell angepasst.
Zur Schlaganfall Behandlung gehören:

Optimierung der Vitalfunktionen
Blutdruck, Herzfrequenz, Sauerstoffsättigung und Blutzucker müssen eingestellt werden. Ebenso ist die Vigilanz-Überprüfung (auch mittels Komaskalen) in manchen Fällen von Nöten. Delirscreenings (z.B. DOS - Delir Obersavtion Screening Scale) sind zu empfehlen, da mit Hilfe derer Komplikationen durch Hypo/Hyperaktives Delir frühzeitig entgegen gewirkt werden kann.

Beseitigung von Gefäßverschlüssen bei Ischämischen Schlaganfällen
Bei der systemischen Thrombolyse wird dem Patienten ein Thrombus zersetzendes Enzym (Tenecteplase oder aktivierte Gewebsalteplase (rt-PA)) intravenös verabreicht. Details über Dosierung und Verabreichung sowie Monitoring - siehe Lyseprotokoll. Dadurch wird versucht den Verschluss des betroffenen Gefäßes zu beseitigen und die regelrechte Durchblutung wiederherzustellen.

Liegen Blutungsquellen wie Verletzungen, kürzlich stattgefundene Operationen o.a. vor, die nicht therapeutisch kontrolliert werden können, ist die Verabreichung der systemischen Lyse kontraindiziert, da für sechs Stunden nach Verabreichung von rt- PA keine körpereigene Blutstillung erfolgen kann.

Die mechanische Entfernung von Blutgerinnseln mittels Katheter (Thrombektomie) setzt sich zunehmend durch. Bei dieser Behandlung wird das verschlossene Gefäß von dem Blutgerinnsel befreit. Dabei schieben Neuroradiologen von der Leiste aus einem Katheter an die Stelle des Gehirns in der der Thrombus sitzt und die Arterie verschließt. Der Katheter durchbohrt den Thrombus und umschließt ihn mit einem Stent. Anschließend kann das Gerinnsel über einen Hohlkatheter abgesaugt werden. In bestimmten Fällen kann eine Therapie aus Thrombolyse und mechanischer Methode zum Einsatz kommen.

Prävention von Reinfarkten
Die schnelle Diagnostik und Ursachenfindung sind notwendig, um den Betroffenen möglichst vor erneuten Schlaganfällen zu bewahren. Dazu kann auch das kontinuierliche Monitoring an Stroke Unit ausgewertet werden.
Bei Ischämischen Schlaganfällen ist in der Akutphase der Einsatz von gerinnungshemmenden Mitteln oft notwendig.

2.3 Pflegeprozess und Pflegeplanung

„Die Dokumentation der pflegerischen Kernkompetenzen beginnt mit der Aufnahme und endet mit der Entlassung von der/dem Patient:in/Klient:in/Bewohner:in. Sie stellt den fachlichen Aspekt pflegerischer Arbeit dar und dient insbesondere der Qualitätssicherung und Nachvollziehbarkeit pflegerischen Agierens.

Das Pflegeassessment, die Pflegediagnostik, das Festlegen der Pflegeziele, die Planung von Pflegeinterventionen, das Durchführen von Pflegeinterventionen und die Beurteilung der Ergebnisse (die Evaluierung) sind die einzelnen Schritte des Pflegeprozesses." (Rappold, Aistleithner (2017, S.S)

2.3.1 Die Pflegeassessment

Assessment bedeutet beurteilen, bewerten, einschätzen. Ziel von Assessments soll der systematische Erwerb von Informationen sein, damit ein Zustand eingeschätzt werden kann. Sie können aus mehreren Teilen bestehen (Erst-, Re- und fokussierte Assessments).

Anhand des Aufnahmegesprächs findet das Erstassessment statt und wird ggf. durch Beobachtungen des Gesundheitszustandes ergänzt. Ergänzende Quellen zur Informationssammlung können, bei fehlender Auskunftsfähigkeit des Patienten, körperliche Untersuchungen, Assessementinstrumente (div. Skalen), pflegerische wie medizinische Dokumente sein.

Der Inhalt und Umfang orientiert sich dabei an der individuellen Pflegesituation. Der Zeitrahmen für die Durchführung des Erstassessements im akutstationären Bereich liegt bei 24h bis maximal 48h. Risiken, die unmittelbar relevant sind, sind sofort zu erheben und zu dokumentieren.

Die Durchführung des Pflegeassessements zählt zu den Kompetenzbereichen des Gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege.

2.3.2 Pflegediagnostik

„Im Rahmen der Pflegediagnostik werden die relevanten Daten aus dem Assessment mit dem vorhandenen (Fach-)Wissen und der spezifischen Situation von Patient:in/Klient:in/Bewohner:in in Beziehung gesetzt, geordnet und individuell beurteilt. Daraus leiten sich gegebenenfalls Pflegediagnosen und/oder Pflegeinterventionen ab. „(Rappold, Aistleithner (2017,3.14))

Im deutschsprachigen Raum sind viele verschiedene Definitionen von Pflegediagnosen in Gebrauch. Bei allen gemeinsam ist jedoch die Verschriftlichung der pflegerelevanten Zustände. Die Pflegediagnose gibt die Richtung der zu setzenden Maßnahmen vor.

Liegen keine pflegerisch zu beeinflussenden Probleme vor, werden keine Pflegediagnosen gestellt.

2.3.4 Mögliche Pflegeprobleme bei Schlaganfallpatienten

Die Pflegeprobleme eines Schlaganfallpatienten ergeben sich aus der vorherrschenden Störung. Wir unterscheiden motorische von kognitiven Störungen, die gemeinsam aber auch isoliert auftreten können.

Motorische Störungen:

Hemiparese/Hemiplegie: Hemiplegie ist die vollständige Lähmung einer Körperhälfte, Hemiparese eine inkomplette Lähmung. Bei einem ausgeprägten Großhirninfarkt besteht in aller Regel zu Beginn eine Hemiplegie. Später bildet sich ein spastisches Zustandsbild aus.
Durch Frühmobilisation und motorische Aktivitäten im gesamten therapeutischen Team wird versucht die Spastik gering zu halten.

Spastik: wird heute häufig als „Assoziierte Reaktion" bezeichnet. Assoziierte Reaktionen sind Begleitbewegungen, die durch Überschreitung der hemmenden zentralen Kontrolle entstehen: Bei Patienten mit einer Schädigung des ZNS fällt die hemmende Kontrolle des ZNS weg und es entstehen assoziierte Reaktionen. Besonders gefährdet sind Hand- und Fußgelenke.

Schluckstörungen: häufigste Ursache für Schluckstörungen sind Läsionen im Bereich des Schluckzentrums in der Medulla oblongata oder eine Schädigung des N. facialis.
Grundsätzlich muss vor Nahrungs- und Flüssigkeitsverabreichung geklärt sein, ob der Patient schlucken kann. Bei jeglichem Verdacht auf eine Schluckstörung besteht Aspirationsgefahr.
=>Guss-Schluckabklärung

Kognitive Störungen

Neglect: beim Neglect bestehen keine sensiblen und sensorischen Ausfälle der Sinnesleistungen, also auf neuronaler Ebene, sondern eine Verminderung der Aufmerksamkeit. Die Fähigkeit zu hören, zu sehen, zu fühlen sind erhalten, diese Fähigkeiten können aber nicht verarbeitet werden. Pflegehandlungen werden vor allem von der stärker betroffenen Seite gesetzt, um so die Wahrnehmung zu fördern.

Gestörtes Körperbild: Der „Pusher“ Patient leidet unter einer Wahrnehmungsverschiebung der subjektiven Körperlängsachse zur nicht gelähmten Seite hin (verschobene Mittellinie). Dies äußert sich so, dass der Patient sich zur gelähmten Seite „hinstößt". Durch klare verbale Inputs und kleinschrittige Bewegungsführung erhält der Patient die Zeit sich an eine Bewegungsveränderung anzupassen.

Apraxie: ist die Unfähigkeit, bei erhaltener Beweglichkeit Körperbereiche zweckmäßig zu bewegen. Sie wird als Handlungs- und Planungsdefizit bezeichnet, das zu falschen Reaktionen und Handlungen führt. Alltagsgegenstände werden häufig „verwundert" angestarrt, ohne zu wissen, wozu sie gebraucht werden. Diese Patienten benötigen dringend Hilfe durch das „Führen von Bewegungsabläufen".

Anosognosie: hier ist es dem Patienten nicht möglich, seinen Defekt zu erkennen und seine Fähigkeiten einzuschätzen. Diese Störung hat jedoch nichts mit einem „Verdrängen" der Krankheit zu tun, sondern mit Wahrnehmungsverarbeitungsprozessen. Diesen Patienten fehlt der Selbstschutz und sie sind in der Regel sehr sturz- bzw. verletzungsgefährdet. Die Anosognosie ist ein häufiges Begleitbild des Neglects.

Aphasie: man unterscheidet zwei Arten, die motorisch - expressive und die sensorische Aphasie. Bei der ersten Form wissen die Betroffenen, was sie sagen möchten, aber sie schaffen es nicht die richtigen Worte abzurufen und normale Sätze zu bilden. Schreiben ist ebenfalls nicht möglich. Patienten mit einer Sensorischen Aphasie können nicht oder nur zu einem Teil verstehen, was ihnen gesagt wird.

2.4 Mögliche Pflegeinterventionen

Bei der Durchführung der anhand von Pflegediagnosen oder rein als Maßnahmen geplanten Pflegeinterventionen, halten sie sich an die von ihrem Haus vorgegebenen SOP (Standard Operating Procedure). SOP'S sind klar strukturiert und definieren Ziel und Zweck, Anwendungsbereich, Beschreibung des Ablaufs sowie die nötige Qualifikation.

Ein Schlaganfallpatient, kann je nach Schwere seiner Defizite, die Aktivitäten des täglichen Lebens unter Umständen nicht mehr selbständig und zufriedenstellend durchführen. Bei vielen wiederkehrenden Tätigkeiten ist er, wenn auch nur vorübergehend, auf fremde Hilfe angewiesen. Erschwerend hinzukommen kann, dass er seine Wünsche und Beschwerden nicht äußern und beschreiben kann.

Aus den individuellen Bedürfnissen der Patienten können unterschiedliche Pflegeinterventionen resultieren die zu setzen sind. Je nach Schwere der Defizite, sind auch Maßnahmen zu setzen, um Sekundärkomplikationen zu vermeiden, welche den Therapieerfolg maßgeblich verzögern können, wie z.B. Dekubitus, Pneumonien und Kontrakturen.

2.4.1 Positionierung

Durch die Hemiplegie kann der Patient nicht alleine seine Position verändern, auch ein Patient mit einem Neglect oder ein Pusher ist sich seiner Position nicht bewusst und tendiert dazu die betroffene Seite stärker zu belasten.

Der Patient wird abwechselnd auf die **stärker betroffene** oder **weniger betroffene Seite** positioniert.

Ziel ist es, außer dem Patienten Bequemlichkeit zu vermitteln, durch die Lageveränderung die Sekundärkomplikationen zu verringern.

Dekubitusprophylaxe:

Unter zu Hilfenahme der Bradenskala wird das Risiko des Patienten einen Hautdefekt zu erleiden eingestuft. Je nach Punkteresultat, werden die notwendigen Maßnahmen geplant:

- Umlagerung je nach Gefährdungsgrad in den erforderlichen zeitlichen Abständen

- Matratzenwahl: Spezialmatratzen falls erforderlich. Viele Schlaganfallpatienten leiden allerdings an einer Körperwahrnehmungsstörung eine feste Matratze wäre somit förderlicher. Hier muss im Einzelfall entschieden werden.

Kontrakturprophylaxe:
Adäquate Positionierung der betroffenen Extremitäten. Ein regelmäßiger Positionswechsel im Bett, wirkt dem Tonusaufbau entgegen. Die Rückenlage ist die „förderlichste" zur Ausbildung eines spastischen Zustandsbildes und sollte somit so selten wie möglich angewandt werden.

2.4.2 Mobilisation

Wann mit der Frühmobilisation begonnen werden darf, liegt im Entscheidungsbereich des Arztes. Eine Mobilisation in den ersten 24 h nach dem Ereignis ist aber anzustreben.

Auch hier gilt, dass durch die Mobilisation sich die **Sekundärkomplikationen verringern**, außerdem kommt es dadurch zu einer Verbesserung der Aufmerksamkeit und räumlichen Orientierung.

Ob eine Mobilisation ins Querbett, in den Rollstuhl oder in den Stand erfolgt, bzw. wie viel Personen oder welche Hilfsmittel (z.B. Patientenlifter) dafür benötigt werden hängt ganz vom Schweregrad des Schlaganfalls ab und von der Belastbarkeit des Patienten.

Frühmobilisation erfolgt immer mit Monitoring (EKG, RR, Sauerstoffsättigung), um die vegetative Belastung des Patienten besser überwachen zu können.

Schultersyndrom
Da die Gelenke beim hypotonen Patienten keine ausreichende Stabilität aufweisen, brauchen sie besonderen Schutz durch die Pflegeperson.
Besonders das Schulter- und Handgelenk, aber auch Knie und Fußgelenk müssen beim Transfer stabilisiert werden.

Ein hoher Prozentsatz von Schlaganfallpatienten leidet an Schulterschmerzen, deshalb gilt:

- Den Patienten niemals direkt auf die Schulter lagern
- Kein passives Ziehen am Arm: unterstützen des gesamten Armgewichtes
- Beim Lagern nicht unter die Achselhöhle greifen
- Der betroffene Arm darf nicht neben dem Körper herabhängen und niemals über die Schulter bzw. den Oberkörper der Hilfsperson hängen (Hebelwirkung).
- Pat soll, wenn möglich den Arm selbst halten (bilaterale Armführung), bzw. wird er Arm mit leichter Kompression in das Schultergelenk von der Hilfsperson gesichert.

Handsyndrom:
Aufgrund venöser bzw. lymphatischer Stauung bedingt durch die fehlende Muskelpumpe bzw. infolge von Gewebsschäden (paravenöse Infusionen) kommt es bei einem Teil der Schlaganfallpatienten zu einer geschwollenen Hand.

- Korrekte Lagerung des Handgelenkes in Nullstellung, um einen venösen Abfluss zu garantieren und eine leichte Armhochlagerung vermindern das Anschwellen.
- keine Blutdruckmessungen am betroffenen Arm
- keine Infusionen

2.4.3 Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr

Bei vielen Schlaganfallpatienten ist die Fähigkeit, des eigentlich halbautomatisch und völlig mühelos funktionierenden Schluckens, auf vielfältige Art und Weise unterschiedlich schwer beeinträchtig. Speichel, Nahrung, Flüssigkeit und Medikamente können nicht komplikationsfrei bewältigt werden.

Das Hauptproblem ist nicht nur die ungenügende Ernährung und Flüssigkeitszufuhr, sondern die pulmonalen Komplikationen durch die Aspiration.

Grundsätzlich muss vor Nahrungs- und Flüssigkeitsverabreichung geklärt sein, ob der Patient schlucken kann.

Voraussetzungen für einen Schluckversuch:
- Wachheit mind. 15 min
- Sitzposition möglich, Querbett oder mindestens Langsitz
- Aktive Kopfkontrolle
- Kognition
- Stimmhaftes Husten (Knall)
- Mind. Räuspern
- Schluckreflex

Zur Abklärung, ob beim Patienten eine Schluckstörung vorliegt, kann von der entsprechend geschulten Pflegeperson der **GUSS** -Test (Gugging Swallowing Screen) durchgeführt werden. Dieser dient aber nur einer Ersteinschätzung und ersetzt nicht ein differenziertes klinisch – logopädisches Assessment (BODS Bogenhausener Dysphagiescore) durch die Logopädie.

Die Logopädie legt in der „**Schluckanweisung**" die Kostform (Passierte Kost, Weichkost, Normalkost), die ev. zu verwendenden Ess- und Trinkhilfen, und die Art der Mundpflege fest. Sollte eine orale Ernährung nicht möglich sein, ist die Anlage einer Nasogastralen Magensonde unumgänglich, um eine ausreichende Kalorien- und Flüssigkeitszufuhr zu gewährleisten.
Bei Fortbestand der Beschwerden erhält der Patient eine PEG - Sonde (perkutane endoskopische Gastrostomie).

2.4.4 Mundpflege

Durch die fehlende Nahrungsaufnahme, Kautätigkeit und vermindertem Speichelfluss kommt es zu Veränderungen der Mundflora, dies begünstigt das Entstehen von Erosionen, Ulzerationen und Infektionen.

Patienten mit einer Schluckstörung sind wie bewusstseinseingeschränkte Patienten zu behandeln. Bei der Durchführung jeder pflegerischen Maßnahme ist immer an die Gefahr einer Aspiration zu denken. Wenn ein Spülen der Mundhöhle nicht möglich ist, wird der Mund ausgewischt, bewährt hat sich hierbei die Anwendung von eigenen Mundpflegestäbchen aus Schaumstoff.

Bei der Behandlung von Schlaganfallpatienten spielt das interdisziplinäre Team eine große Rolle: Pflege und Neurorehabilitative Therapie arbeiten zusammen und ergänzen sich. Eine ausführlichere Beschreibung zu den einzelnen Maßnahmen bietet Ihnen der Leitfaden der Neurorehabilitation in der Akutphase des Schlaganfalls.

3. Ziele der Pflege in der Akutphase des Schlaganfalls

Die Aufenthaltsdauer von Schlaganfallpatienten auf einer Akutstation ist sehr unterschiedlich, abhängig vom Schweregrad des Schlaganfalls, seiner Herz- Kreislauffunktion und dem Auftreten von Komplikationen.

In dieser Zeit versucht die Pflege folgende Ziele zu erreichen:

- Durch angewendete Prophylaxen die Sekundärkomplikationen zu verringern und zu verhindern
- Durch entsprechende Maßnahmen den Patienten beim Befriedigen seiner
- Grundbedürfnisse zu unterstützen, um seine Lebensqualität zu steigern
- Die Steigerung der körperlichen Belastbarkeit durch Stabilisierung der Vitalfunktionen
- Die Wahrnehmung der betroffenen Seite zu steigern
- Das Erreichen einer größtmöglichen Selbstständigkeit des Betroffenen zu fördern
- Durch Informationen über das Thema Schlaganfall und seine Folgen den
- Patienten und die Angehörigen auf das weitere Leben nach einem Aufenthalt auf der Akutstation vorzubereiten

4. Entlassung/Transferierung

Im Anschluss an die Akutversorgung können leider nicht alle Schlaganfallpatienten ohne Defizite (motorisch, kognitiv) ins gewohnte häusliche Umfeld entlassen werden. Ein großer Teil bedarf noch einer weiterführenden neurorehabilitativen Therapie.

Bei Entlassung werden die im Aufenthalt gesammelten und ergänzten Informationen sowie die erhobenen Pflegeprobleme entweder in einem Transferierungsbericht oder aber auch im ELGA-Pflegebrief zusammengefasst, um den nachbetreuenden Institutionen die Informationen zu Verfügung zu stellen.

In Zusammenarbeit mit dem EMP (Entlassungsmanagement Pflege) wie auch den DSA /diplomierten Sozialarbeiter:innen) werden möglichst zeitnah die Weichen für eine weitere Versorgung, im Optimalfall im häuslichen Umfeld, in die Wege geleitet.

5. Literatur

Kiechl,S., Lalouscheh, W.,Lang, W. (2014) Nach einem Schlaganfall - Informationen für Patienten und Angehörige

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2016), Gemeinsame Presseinformation der Deutschen Schlaganfallgesellschaft, Behandlung des akuten Schlaganfalls

Rappold, Elisabeth; Aistleithner, Regina (2017), Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017

Knoflach, M.,(2018), Jahrestagung der Österreichischen Schlaganfallgesellschaft, Neurologisch 01/18

Turra Sandra DGKS (2009) „Integrierter Behandlungs/Patientenpfad Schlaganfall - Pflege" schlaganfallpfad.tirol-kliniken.at (Stand 20.08.2018)