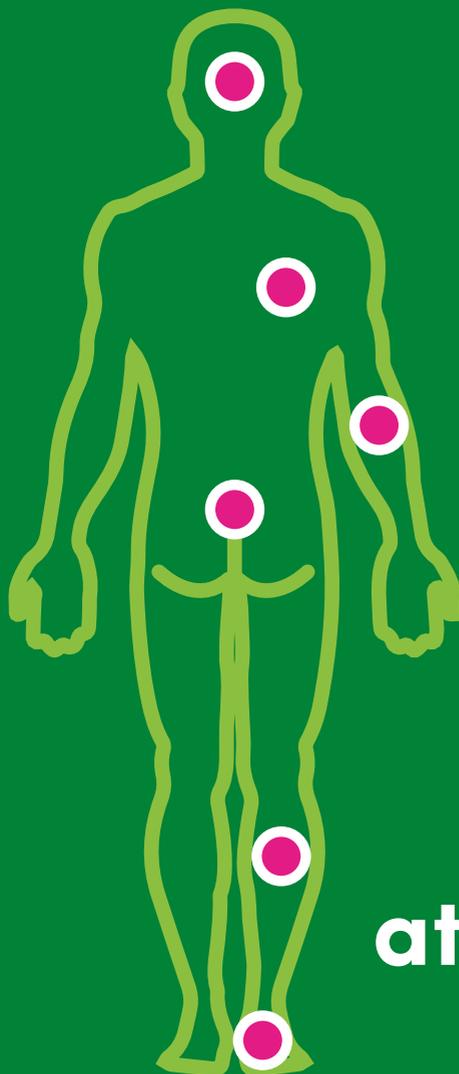


STOP DEKUBITUS

LEITFADEN ZUR OPTIMALEN PATIENTENPOSITIONIERUNG,
DRUCKENTLASTUNG, RISIKOBEWERTUNG UND
PRÄVENTION VON DEKUBITUS



ato form^{gmbh®}
...mehr Lust am Leben

LEVABO[®]

WAS IST EIN DEKUBITUS

Druckgeschwüre entstehen durch anhaltenden Druck oder durch Scherung der Haut und des darunter liegenden Gewebes - typischerweise an Körperstellen, an denen die Knochen dicht unter der Haut liegen und nur wenig Fettgewebe vorhanden ist.

Druck entsteht, wenn das Gewicht einer Person gegen eine Oberfläche gedrückt wird. Unabhängig davon, ob die Person liegt, sitzt oder steht, wird der Druck auf das darunter liegende Gewebe übertragen, und das Gewebe zwischen der Oberfläche und den Knochen zusammengepresst. Das Muskelgewebe kann nicht so viel Druck aushalten wie die Haut. Daher treten die Schäden in der Nähe des Knochens auf und sind oft erst 1-2 Wochen nach der Druckeinwirkung auf der Haut zu sehen. Druck entsteht auch unabhängig der Körperposition, z. B. durch medizinische Geräte wie Sauerstoffmasken und Urinkatheter.

Bei der Scherung entsteht eine Verdrehung, die das Gewebe und die Blutgefäße schädigt. Das bedeutet, dass weniger Druck erforderlich ist, um die Blutzufuhr zu dem verletzten Bereich zu verringern. Daher treten Druckschäden an Gewebe, welches Scherkräften ausgesetzt ist, schneller auf. Scherung tritt auf, wenn der Körper bewegt wird, ohne dass er angehoben wird, beziehungsweise ohne, dass er sich von der Oberfläche löst. Dies kann zum Beispiel der Fall sein, wenn eine Person mit angehobenem Kopfteil sitzt und im Bett nach unten rutscht.

Der Druck wird verringert, wenn er auf eine größere Fläche verteilt wird. Dies kann mit guten Schaumstoffmatratzen, häufigen Positionswechseln und Kissen sowie Matratzen mit ruhender Luft erreicht werden. Levabo bietet dies an, unser Sortiment an druckentlastenden Produkten kann Ihnen helfen, Dekubitus wirksam und schonend zu verhindern und zu behandeln.

WER HAT EIN RISIKO EINEN DEKUBITUS ZU ENTWICKELN

Das Risiko, an einem Dekubitus zu erkranken, steigt mit dem Alter und dem Grad der Funktionseinschränkung. Vor allem kranke und bettlägerige Menschen sind gefährdet, Druckgeschwüre zu entwickeln. Aber auch Menschen mit neurologischen oder Wirbelsäulenerkrankungen sind gefährdet, da sie oft an einen Rollstuhl gefesselt sind.

Es gibt über 200 verschiedene Risikofaktoren für die Entstehung von Druckgeschwüren. Es ist selten, dass ein einzelner Risikofaktor allein zu einem Dekubitus führt. Aber die Kombination verschiedener Risikofaktoren in Verbindung mit äußerem Druck ist ausschlaggebend dafür, ob sich ein Dekubitus entwickelt.

Generell ist es wichtig, auf Hautveränderungen und die Entwicklung von Druckgeschwüren bei Menschen mit chronischen Krankheiten wie Diabetes und Herzerkrankungen, bei Menschen mit Begleiterkrankungen und bei Menschen mit eingeschränkter Funktionsfähigkeit und/oder schlechtem Allgemeinzustand zu achten.

MENSCHEN, DIE EINEM HOHEN RISIKO AUSGESETZT SIND:

- Menschen mit eingeschränkter Mobilität
- Menschen, die übergewichtig sind
- Menschen, die untergewichtig sind
- Akut und kritisch Kranke
- Ältere Menschen
- Bettlägerige
- Menschen mit Rückenmarksverletzungen
- Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Palliativpatienten
- Kinder (insbesondere aufgrund medizinischer Geräte)

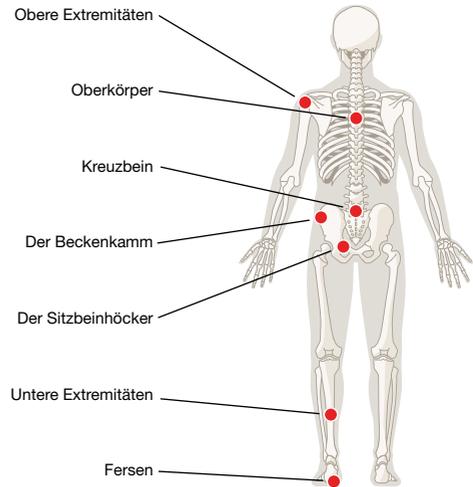
DIE DRUCKEMPFLINDLICHSTEN STELLEN DES KÖRPERS

Das Kreuzbein ist die häufigste Stelle, an der sich Druckgeschwüre entwickeln, gefolgt von den Sitzbeinhöckern und den Fersen.

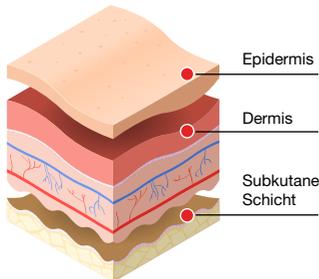
Übergewichtige Menschen bekommen aufgrund des höheren Gewichts der Beine häufig Druckgeschwüre an den Fersen.

Untergewichtige Menschen bekommen häufig Druckgeschwüre am Kreuzbein, weil ihnen das Unterhautfettgewebe fehlt.

Druckgeschwüre können typischerweise auch an den oberen Extremitäten an den Ellenbogen und Schultern, am Rücken an der Wirbelsäule und den Schulterblättern, am Beckenkamm, am Steißbein, am Gesäß um die Sitzbeinknoten, an den unteren Extremitäten an Knien, Kniesehnen, Waden und Knöcheln, an den Zehen, am Hinterkopf, an den Ohren und an der Nase auftreten.



DIE STRUKTUR DER HAUT



Die ersten Anzeichen einer Druckschädigung sind an der Haut zu erkennen. Um Veränderungen im Erscheinungsbild der Haut beurteilen und Druckgeschwüre einordnen zu können, ist es wichtig, den Aufbau der Haut zu kennen.

Die Haut besteht aus drei Schichten: Epidermis, Dermis und Subcutis.

Die Epidermis besteht hauptsächlich aus Zellen, die als geschichtetes Plattenepithel bezeichnet werden. Die äußersten dieser Zellen sind verhornt und dienen als Schutzbarriere zwischen dem Körper und der Außenwelt. Sie schützt die Epidermis zum Beispiel vor dem Eindringen von Mikroorganismen.

Die Dermis besteht hauptsächlich aus Bindegewebe, einer gelartigen Substanz. Sie besteht aber auch aus elastischen Fasern, die der Haut Elastizität verleihen, aus Kollagenfasern, die der Haut Festigkeit verleihen, aus vielen kleinen Blutgefäßen (Arteriolen und Venolen), aus Haarfollikeln, Schweißdrüsen, Talgdrüsen und Nervenenden.

Die Unterhaut besteht aus lockerem Bindegewebe und Zellen, die Fett einlagern können. Die Fettschicht unter der Haut ist entscheidend für den Schutz des Körpers vor äußeren Einflüssen und Schäden. Die Dicke des Unterhautgewebes variiert je nach anatomischer Lage und von Mensch zu Mensch. Etwa 60 % des körpereigenen Fettdepots befinden sich im Unterhautgewebe.

30-GRAD-SEITENPOSITIONIERUNG



Klinische Leitlinien zur Prävention von Druckgeschwüren empfehlen Folgendes:

- Die Seitenlagerung sollte wenn möglich in einem Winkel von 30 Grad erfolgen, da der Druck auf eine Fläche ohne hervorstehende Knochen verteilt wird.
- Die Positionierung sollte mit einer möglichst großen gewichtstragenden Fläche erfolgen, wobei die Matratze die gesamte Körperoberfläche unterstützt.
- Positionswechsel können mit häufiger Mikromobilisierung erfolgen. Dies bedeutet, dass Faktoren wie Schlafstörung und Schmerzen berücksichtigt werden.
- Die Häufigkeit des Positionswechsels wird auf der Grundlage der Beobachtung des Hautzustands, des Ernährungszustands des Benutzers, einer schlechten Durchblutung, eines eingeschränkten Tastsinns sowie der Fähigkeit des Benutzers, die Position selbst zu wechseln, beurteilt. Je mehr Risikofaktoren, desto häufiger muss die Position gewechselt werden.

Eine Seitenlagerung, wie sie das Turn-All-Seitendrehssystem bietet, welches abwechselnd den Positionswechsel zwischen links und rechts durchführt, entspricht diesen Empfehlungen und gewährleistet einen automatischen Positionswechsel in einem Intervall von 30, 60 oder 90 Minuten.

OPTIMALE 30 GRAD POSITIONIERUNG

- Stellen Sie sicher, dass der Patient ausreichend hoch im Bett liegt. Es ist auch wichtig, dass der Benutzer in der Mitte des Bettes liegt, so dass auf jeder Seite des Körpers gleich viel Platz ist.
- Schalten Sie das Turn-All-Kippssystem erst ein, wenn der Benutzer im Bett liegt
- Wenn das Kippssystem den Patienten in die Seitenlage gebracht hat, können die Knie gebeugt werden, um die Fersen zu entlasten
- Sie können dann das Kopfteil auf maximal 30 Grad anheben, wenn der Benutzer dies wünscht (die angewinkelten Knie verhindert, dass der Benutzer zum Fußende des Bettes hin abrutscht)
- Wenn der Benutzer ein erhöhtes Risiko hat, an den Fersen einen Dekubitus zu entwickeln, oder bereits einen Dekubitus an den Fersen hat, kann es in Betracht gezogen werden den Heel Up Fersenslifter zu verwenden, um die Fersen frei zu positionieren.
- Wenn der Pflegebedürftige zu Ödemen in den Armen neigt oder das Gefühl hat, dass die Arme schwer sind, z. B. aufgrund eines eingeschränkten Funktionsniveaus, kann ein All Up Multi Small-Lagerungskissen unter jeden Arm gelegt werden. Die Arme können mit den Kissen darunter sowohl am Körper entlang als auch auf dem Bauch des Benutzers platziert werden, um eine zusätzliche Erhöhung der Arme zu erreichen.

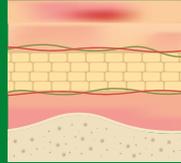
Weniger nächtliche Ruhestörungen sorgen für mehr Gesundheit und Wohlbefinden, und Menschen die empfindlich auf sensorische Reize reagieren, empfindliche Haut haben oder unter Schmerzen leiden, werden mit dem Turn All-Seitendrehssystem sanfter umgelagert.

Da Turn All den Körper über seine gesamte Länge stützt, wird eine stabilisierende Um-lagerung erreicht, die den Druck auf das Gewebe verringert und die Durchblutung wiederherstellt.

DEKUBITUS-KLASSIFIZIERUNG

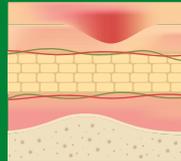
Kategorie 1: Intakte Haut mit Rötung

Intakte Haut mit Rötung, die sich nicht verfärbt, wenn man mit dem Finger auf die Stelle drückt (fehlende Kapillarwirkung). Schmerzhaft. Meistens über markanten Knochen platziert. Bei Menschen mit dunkler Hautfarbe kann es schwierig sein, die Rötung zu erkennen. Hier muss beobachtet werden, ob die Hautbereiche um die hervorstehenden Knochen eine andere Farbe haben als der Rest der umgebenden Haut.



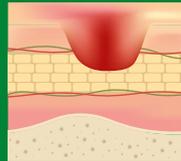
Kategorie 2: Partieller Hautverlust

Partieller Hautverlust, der sich als oberflächliche Wunde mit rotem Grund ohne totes Gewebe darstellt. Kann auch als intakte oder aufgeplatzte Blase erscheinen. Schmerzhaft. Kann mit inkontinenzbedingter Dermatitis und Mazeration verwechselt werden. Es muss sich um eine glänzende oder trockene, oberflächliche Wunde ohne totes Gewebe oder Hämatom handeln, um als Dekubitus der Kategorie 2 eingestuft zu werden.



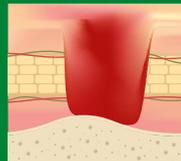
Kategorie 3: Vollständiger Hautverlust

Vollständiger Verlust der Hautschichten. Subkutanes Fett kann sichtbar sein, aber Knochen, Sehnen oder Muskeln sind nicht freigelegt. Nekrosen (abgestorbenes Gewebe) sind sichtbar, verbergen aber nicht die Tiefe des Druckgeschwürs. Schmerzhaft. Es kann zu Unterminierungen und Fisteln kommen. Die Tiefe von Druckgeschwüren der Kategorie 3 variiert je nach anatomischer Lage.



Kategorie 4: Tiefe Gewebeschäden

Verlust aller Gewebeschichten mit sichtbaren Knochen, Sehnen oder Muskeln. Nekrose (abgestorbenes Gewebe), Fibrin (als gelartiger Belag) und Schorf (gelber oder weißer Belag aus abgestorbenen Zellen, im Allgemeinen feucht und von weicher Konsistenz) können vorhanden sein. Risiko einer Infektion des Knochens (Osteomyelitis oder Osteitis). Die Tiefe variiert je nach anatomischer Lage. An Stellen mit wenig Unterhautfettgewebe, z. B. Nasenrücken, Ohren und Knöchel, können Druckgeschwüre der Kategorie 4 oberflächlich sein. An anderen Stellen des Körpers sind Druckgeschwüre der Kategorie 4 typischerweise tief und oft mit Unterminierung und Fisteln.



ZUSÄTZLICHE DEKUBITUS-KLASSIFIKATIONEN

Zusätzlich zu den vier Kategorien von Dekubitus wurden zwei weitere Kategorien hinzugefügt, die relevant sind, wenn ein Dekubitus beobachtet wird und nicht in Kategorie 1, 2, 3 oder 4 eingeordnet werden kann.

Verdacht auf tiefe Gewebeschäden

Ein Hautbereich mit Gewebeschäden aufgrund von Druck oder Scherkräften kann beobachtet werden. Es besteht der Verdacht, dass sich daraus ein tiefes Druckgeschwür entwickeln könnte, was aber noch nicht der Fall ist. Die Haut an der Druckverletzung ist typischerweise violett oder rötlich-braun verfärbt und kann hämorrhagische (blutgefüllte) Blasen aufweisen. Hämatome weisen ebenfalls auf tiefe Gewebeschäden hin. Es kann schmerzhaft und ödematös (geschwollen) sein. Es kann entweder wärmer oder kälter sein als das umgebende Gewebe.

Nicht klassifizierbares Druckgeschwür

Es wird ein vollständiger Verlust von Hautschichten beobachtet und die tatsächliche Tiefe der Wunde ist aufgrund von Schorf (gelb, hellbraun, grau, grün oder braun) und/oder Schorf (hellbraun, braun, schwarz) am Wundgrund nicht sichtbar. Es ist nicht möglich festzustellen, ob es sich um eine Wunde der Kategorie 3 oder 4 handelt, bis genügend Schorf und/oder Schorf entfernt wurde, um den Wundgrund freizulegen.

Bevor ein Dekubitus auftritt, gibt es Anzeichen dafür, dass er sich entwickelt, auch Druckstellen genannt. Außerdem können Scherkräfte zu einer schnelleren Entwicklung von Druckgeschwüren beitragen.

Druckstellen

Intakte Haut mit Rötung, die sich verfärbt oder verblasst, wenn man mit dem Finger auf die Stelle drückt (Kapillarreaktion). Meistens über einem hervorstehenden Knochen. Bei Menschen mit brauner und schwarzer Haut kann es schwierig sein, die Rötung zu erkennen. Hier muss beobachtet werden, ob es Bereiche auf der Haut um prominente Knochen gibt, die eine andere Farbe haben als die übrige Haut der Umgebung.

Scherung

Scherung ist eine Belastung, die durch Druck entsteht, wenn die Haut und das darunter liegende Gewebe seitlich gegeneinander verschoben werden. Dies führt zu einer Schädigung des Gewebes und der Blutgefäße. Dies bedeutet, dass weniger Druck erforderlich ist, um die Blutzufuhr zu dem geschädigten Bereich zu verringern. Daher treten Druckschäden an Gewebe, das einer Scherung ausgesetzt ist, schneller auf. Scherung tritt auf, wenn der Körper bewegt wird, ohne von der Oberfläche abgehoben zu werden. Dies kann z. B. passieren, wenn eine Person mit angehobenem Kopfteil sitzt und zum Fußende des Bettes hin abrutscht.

BRADEN SCALE

PUNKTZAHL FÜR DIE RISIKOBEWERTUNG VON DRUCKGESCHWÜREN

Sensorische Wahrnehmung Fähigkeit, sinnvoll auf druckbedingtes Unbehagen zu reagieren	Vollständig eingeschränkt = 1 Keine Reaktion auf Schmerzreize aufgrund einer Bewusstseinsstörung ODER einer eingeschränkten Fähigkeit, Schmerzen zu empfinden	Sehr eingeschränkt = 2 Reagiert nur auf schmerzhafte Reize. Kann Unbehagen nur durch Beschwerden oder Unruhe mitteilen	Etwas eingeschränkt = 3 Reagiert auf verbale Befehle. Kann Unbehagen nicht immer mitteilen. Hat eine beeinträchtigte Sinneswahrnehmung	Keine Beeinträchtigung = 4 Reagiert auf verbale Befehle. Kann Schmerz oder Unbehagen empfinden und ausdrücken
Feuchtigkeit Das Ausmaß, in dem die Haut der Feuchtigkeit ausgesetzt ist	Konstante Feuchtigkeit = 1 Die Haut ist fast ständig feucht, z. B. durch Schweiß oder Urin	Viel Feuchtigkeit = 2 Die Haut ist oft, aber nicht immer, feucht. Die Wäsche muss mindestens einmal pro Schicht gewechselt werden	Gelegentliche Feuchtigkeit = 3 Die Haut ist manchmal feucht. Die Bettwäsche muss mindestens einmal am Tag gewechselt werden	Seltene Feuchtigkeit = 4 Die Haut ist in der Regel trocken. Die Wäsche muss nur routinemäßig gewechselt werden
Aktivität Grad der körperlichen Aktivität	Bettlägerig = 1 Bettlägerig	Überwiegend sitzend = 2 Kann sein eigenes Gewicht nicht tragen und muss in einen Stuhl oder Rollstuhl gesetzt werden	Gelegentliches Gehen = 3 Geht sehr kurze Strecken, mit oder ohne Hilfe. Liegt meist im Bett oder sitzt im Stuhl	Geht häufig = 4 Geht selbstständig und ist tagsüber mindestens alle zwei Stunden auf den Beinen
Mobilität Fähigkeit zur Veränderung und Kontrolle der Position	Vollständig immobil = 1 Verändert seine Position überhaupt nicht ohne Hilfe	Sehr eingeschränkt = 2 Verändert manchmal leicht die Position. Im Wesentlichen nicht in der Lage, die Position ohne Hilfe zu verändern	Geringfügig eingeschränkt = 3 Wechselt häufig, aber nur leicht, die Position ohne Hilfe	Keine Einschränkung = 4 Verändert seine Position im Wesentlichen ohne Hilfe
Ernährung Typisches Essverhalten	Sehr schlecht = 1 Er nimmt nie eine vollständige Mahlzeit zu sich ODER ist länger als fünf Tage nüchtern oder wird nur parenteral ernährt	Wahrscheinlich nicht ausreichend = 3 Nimmt selten eine vollständige Mahlzeit zu sich. Verringerter Flüssigkeits- und Proteinkonsum	Angemessen = 3 Isst in der Regel zu allen Mahlzeiten. Wird z. B. durch Nahrungsergänzungsmittel oder eine Ernährungssonde ergänzt	Ausgezeichnet = 4 Isst das meiste von jeder Mahlzeit. Lässt nie eine Mahlzeit aus. Benötigt keine Nahrungsergänzungsmittel
Reibung und Scherkräfte	Problem = 1 Benötigt Hilfe bei den Bewegungen. Heben ohne Reibung am Laken ist unmöglich. Rutscht oft im Bett und im Stuhl nach unten	Potenzielles Problem = 2 Bewegt sich ein wenig, möglicherweise mit Hilfe. Hebt sich mit einem gewissen Grad an Reibung gegen das Laken. Rutscht gelegentlich im Bett und im Stuhl nach unten	Kein erkennbares Problem = 3 Bewegt sich ohne Hilfe. Kann sich selbstständig vom Laken lösen. Behält eine gute Position im Bett oder Stuhl bei	5– 9 Punkte = Besonders hohes Risiko 10–12 Punkte = Hohes Risiko 13–14 Punkte = Mittleres Risiko 15–18 Punkte = Geringes Risiko 19–23 Punkte = Kein Risiko
In jeder Kategorie wird eine Punktzahl zwischen 1-4 vergeben (1-3 in der letzten Kategorie). Die Punkte aus jeder Kategorie (Sinneswahrnehmung, Feuchtigkeit, Aktivität, Mobilität, Ernährung sowie Reibung und Scherkräfte) werden zusammengezählt. Die Gesamtpunktzahl ergibt das Dekubitusrisiko.				

Maßnahmen-Checkliste (Dänisch: HUSK)

MASSNAHMEN ZUR VORBEUGUNG VON DEKUBITUS

1. Das Dekubitusrisiko wird bei jedem Patienten beim ersten Kontakt/Besuch bewertet. Die Risiko- und Hautbeurteilung sollten innerhalb der ersten zwei Stunden nach dem ersten Kontakt durchgeführt werden.
2. Eine Neubewertung des Dekubitusrisikos wird durchgeführt:
 - a. bei der Entlassung aus oder der Aufnahme in ein Krankenhaus
 - b. im Zusammenhang mit und nach einer akuten Erkrankung
 - c. bei Veränderungen des Ernährungszustandes
 - d. bei Veränderungen des Mobilitätsgrades
3. Personen, bei denen das Risiko eines Dekubitus besteht, werden nach Bedarf beurteilt und es werden Pläne erstellt für:
 - a. Verwendung von druckentlastenden und druckverteilenden Hilfsmitteln
 - b. Umlagerung und Mobilisierung
 - c. Ernährung (Screening und Plan)
4. Maßnahmen für Menschen mit Dekubitusrisiko - HUSK:

Haut

- Wird die Haut auf Druckgeschwüre oder Druckstellen am ganzen Körper untersucht?
- Ist die Haut feucht, möglicherweise aufgrund von Inkontinenz oder Schweiß?
- Ist die Haut zu trocken?
- Äußert die Person Schmerzen?

Unterlage/Hilfsmittel

- Sind die Hilfsmittel im Verhältnis zur Person richtig eingestellt?
- Werden die Hilfsmittel im Bett, Stuhl oder Rollstuhl richtig eingesetzt?
- Ist es notwendig, den Bedarf an Hilfsmitteln neu zu bewerten?

Neupositionierung/Mobilisierung

- Wird die Person auf die bestmögliche Weise mobilisiert?
- Wird die Person korrekt umgelagert und positioniert?

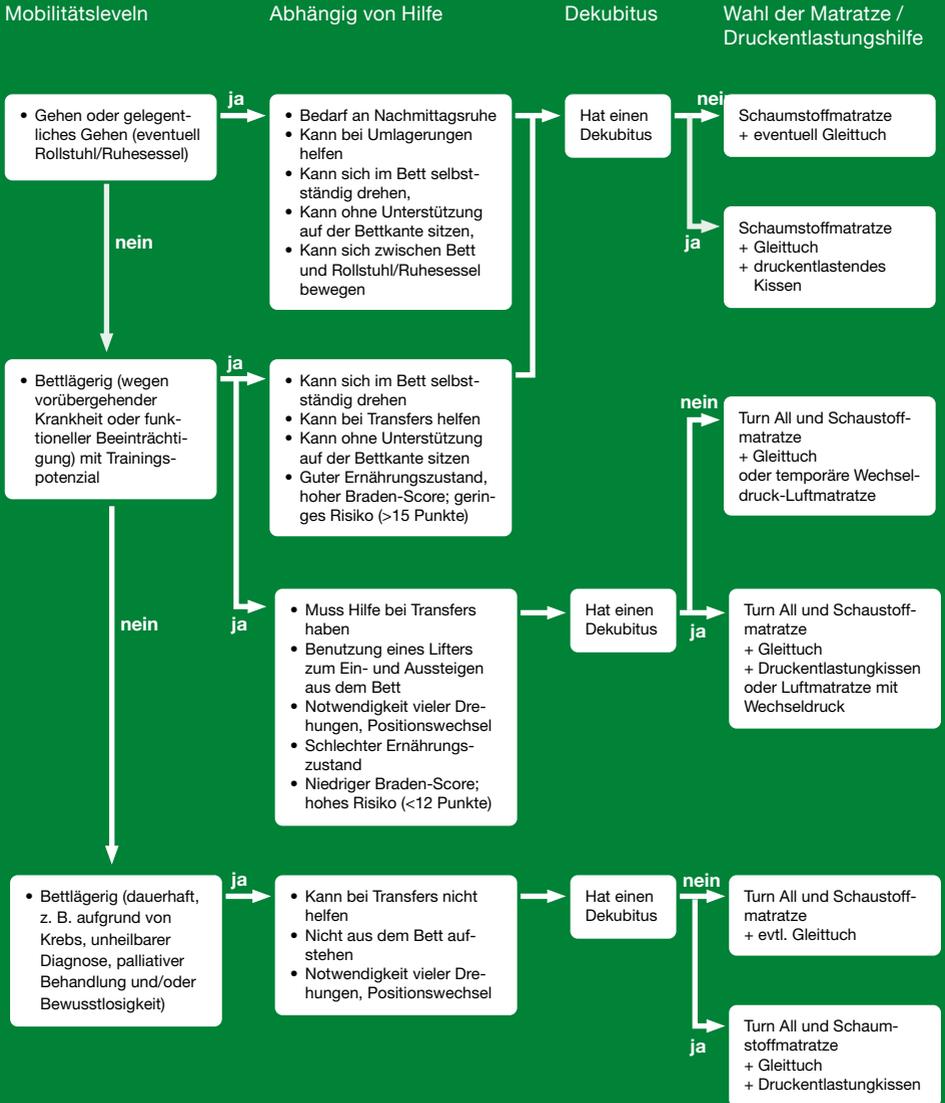
Ernährung

- Isst und trinkt die Person wie im Ernährungsplan vorgesehen?

Alle älteren Menschen sollten einem Ernährungsscreening unterzogen werden. Gebrechlichen und unterernährten Menschen müssen immer nahrhafte Getränke angeboten werden.

WER PROFITIERT VON DER AUTOMATISCHEN SEITENPOSITIONIERUNG

ENTSCHEIDUNGSBAUM



MEHR ÜBER UNSER AUTOMATISCHES POSITIONIERUNGSSYSTEM, TURN ALL

Turn All ist ein automatisches Seitendrehsystem, das zur Vorbeugung und Behandlung von Druckgeschwüren beiträgt, indem es eine Person in eine seitliche Position von 30 Grad abwechselnd auf der rechten und linken Seite bringt.

Auf der gegenüberliegenden Seite erfolgt eine leichte Anhebung um 5 Grad, was bedeutet, dass einer Scherung entgegengewirkt wird. Gleichzeitig erleben wir, dass der Benutzer durch die taktilen Reize, die der Lift bietet, Sicherheit und Ruhe erfährt.

Das System kann in jedem Pflegebett mit einer abnehmbaren Matratze verwendet werden, wo es unter der Matratze platziert wird.

Das System stützt den Körper über seine gesamte Länge. Durch die stabilisierende Umlagerung wird das Gewebe entlastet und die Durchblutung wiederhergestellt.



turnall[®]



Einbau und Nutzung:

- Die vorhandene Matratze wird vom Bett entfernt
- Die Pumpe wird am Bettende befestigt und das Kabel in die Pumpe und in die Steckdose gesteckt
- Das Kippsystem wird auf die Latten des Bettes gelegt und mit den Gurten befestigt
- Der Luftschlauch wird in die Pumpe gesteckt und es wird sichergestellt, dass der rote CPR-Streifen befestigt ist
- Die Matratze wird auf das Turn All gelegt
- Das System ist nun installiert und einsatzbereit
- Das System wird mit der Ein-/Aus-Taste an der Pumpe eingeschaltet
- Mit den Tasten +/- wählen Sie die Anzahl der Stunden, die das Kippsystem eingeschaltet sein muss
- Das Intervall für die Neupositionierung kann über die entsprechenden Tasten auf 30, 60 oder 90 Minuten eingestellt werden
- Wenn die Ein-/Ausschalttaste und die Taste für das gewählte Zeitintervall leuchten, ist das System in Betrieb
- Wenn Sie das Bett schnell abflachen müssen, ziehen Sie den roten CPR-Streifen, wodurch das Kippsystem entlüftet wird
- HINWEIS Die Gebrauchsanweisung muss vor dem Gebrauch gelesen werden.

LITERATURHINWEISE

Bergstrom, N., Braden, B. J., Laguzza, A., Holman, V., 1987. The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Nursing Research*, 36, s. 205–210.

Bermark, S., 2017. Sår og sårbehandling. FADL.

Bermark, S., Melby, B. Ø., 2014. Tryksår, 1. udgave. Munksgaard, København.

European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP), Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA), 2019. Forebyggelse og behandling af tryksår/trykskader. Vigtigste uddrag af retningslinjen.

Knygde Hansen, B., Dam Schmidt, R., 2011. 11. Mobilitet og immobilitet, i: Suhr, L.K., Winther, B. (Red.), Basisbog i sygepleje - Krop og velvære. Munksgaard Danmark, København, s. 311-344.

Lindholm, C., Sommer, C., Fremmelevholm, A., 2018. De fleste tryksår kan forebygges. *Fag & Forskning, Sygeplejersken*, 2018, s. 22–35.

Skovgaard, B., 2020. National Klinisk Retningslinje for Forebyggelse af Tryksår hos voksne over 18 år. Sundhedsstyrelsen.

Stop tryksår. Tryksårspakken – Introduktion, indhold og målinger. I sikre hænder. Dansk Selskab for Patientsikkerhed. 3. version. Januar 2017.

ato form gmbh®
...mehr Lust am Leben



Turn All



**Turn All
Leva Flex**

LEVABO®

**Telefon: 06093 944-0
E-Mail: info@ato-form.com
www.ato-form.com**