

**Audit-Instrument zum Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege,  
2. Aktualisierung 2017**

**Fragebogen 1: Patienten-/bewohnerbezogene Daten**

Name der Einrichtung und Pflegeeinheit: _____		
Datum: _____	Benötigte Zeit: _____	Fragebogen Nr.: _____

Quelle	Frage	Antwort	Kommentare
Dokumenten-analyse	E 0	Lagen bei Aufnahme des Patienten/Bewohners in der Pflegeeinheit ein oder mehrere Dekubitus vor?	Wenn ja: Lokalisation: _____ Dekubituskategorie: _____
	E 1.1	Wurde unmittelbar zu Beginn der pflegerischen Versorgung eine systematische Einschätzung des Dekubitusrisikos vorgenommen?	
	E 1.2	Liegt eine aktuelle Einschätzung des Dekubitusrisikos vor?	
	E 2.1	Liegt eine individuelle Planung der Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe vor?	
	E 3.1	Wurden dem Patienten/Bewohner und ggf. seinen Angehörigen eine individuelle Beratung über das Dekubitusrisiko angeboten?	
	E 4.1	Wird die Eigenbewegung des Patienten/Bewohners gefördert?	
	E 4.2	Werden gefährdete Körperstellen entlastet?	
	E 5.1	Wenn individuell benötigte druckverteilende Hilfsmittel in der Pflegeplanung vorgesehen sind, wurden diese unverzüglich eingesetzt?	
	E 6.1	Liegt bei dem Patienten/Bewohner ein Dekubitus vor, der bei Aufnahme noch nicht dokumentiert wurde?	Wenn ja: Lokalisation: _____ Dekubituskategorie: _____
Befragung der zuständigen Pflegefachkraft	E 2.2	Wurden Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe kontinuierlich fortgeführt?	
	E 2.3	War es Ihnen möglich, den Patienten/Bewohner an der Planung der Maßnahmen zu beteiligen?	
	E 3.2	War es Ihnen möglich, den Patienten/Bewohner in Bezug auf sein Dekubitusrisiko zu beraten?	
	E 5.2	War es Ihnen möglich, für den Patienten/Bewohner geeignete druckverteilende und -entlastende Hilfsmittel einzusetzen?	
	E 5.3	Standen die von Ihnen als angemessen betrachteten Hilfsmittel unverzüglich zur Verfügung?	
Patient/ Bewohner bzw. Angehörige fragen Befragt wurde: <input type="checkbox"/> Patient/ Bewohner <input type="checkbox"/> Angehörige	E 2.4	Wurden die Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe mit Ihnen gemeinsam geplant?	
	E 3.3	Wurden Sie schriftlich oder mündlich über die Gefahr des Wundliegens informiert?	
	E 3.4	Waren die Informationen für Sie verständlich und ausreichend?	
	E 4.3	Wurden Sie bei der Bewegungsförderung und/oder Druckentlastung von gefährdeten Körperstellen unterstützt?	

Ausfüllhinweis: J = Ja N = Nein NA = nicht anwendbar (N und NA bitte im Kommentar erläutern)

**Hinweise zu den einzelnen Items des Fragebogens 1**

Frage/ Ebene	Hinweise
E0	Die Erfassung von Dekubitus bereits bei Aufnahme ist sehr wichtig, um diese Dekubitus von hausintern erworbenen Dekubitus zu unterscheiden. Bitte vermerken Sie, ob in der Dokumentation bei Aufnahme des Patienten/Bewohners ein Dekubitus vermerkt ist und geben Sie die Lokalisation (Trochanter, Gesäßknochen, Ferse, ...) und die Kategorie gemäß der im Expertenstandard verwendeten Klassifikation an (s. Kapitel 3.1.2).
E1.1	Aus erhebungspraktischen Gründen gilt der in der internen Verfahrensregelung festgelegte Zeitraum für die erste Einschätzung als "unmittelbar zu Beginn". Aus der Dokumentation muss hervorgehen, dass eine systematische Einschätzung durchgeführt wurde, bei der neben der Erfassung von individuellen Risikofaktoren eine Hauteinschätzung durchgeführt wurde. Die Ergebnisse dieser Einschätzung müssen aus der Dokumentation hervorgehen.
E1.2	Eine Einschätzung ist dann aktuell, wenn sie entweder im festgelegten Zeitabstand und/oder nach jeder das Dekubitusrisiko betreffenden Veränderung der Pflegesituation erneut durchgeführt wurde. Ist der aus der Planung ersichtliche Wiedereinschätzungszeitpunkt zum Zeitpunkt des Audit noch nicht eingetreten und die Pflegesituation unverändert, ist die Frage mit „Ja“ zu beantworten.
E2.1	Sowohl aktive als auch passive mit dem Patienten/Bewohner vereinbarte Maßnahmen müssen in der Maßnahmenplanung festgehalten werden, so dass sich alle Beteiligten über die erforderlichen Schritte informieren können.
E3.1	In der Dokumentation sollte vermerkt sein, dass dem Patienten/Bewohner (alternativ seinen Angehörigen) Information und Beratung angeboten wurden. Sollten die Angebote von dem Patient/Bewohner abgelehnt worden sein und wurde dies dokumentiert, gilt das Kriterium als erfüllt und wird mit „Ja“ beantwortet. Das Kriterium gilt als „nicht anwendbar“, wenn aufgrund schwerer kognitiver Einschränkungen und fehlender Angehöriger auf ein Beratungsangebot verzichtet wurde. Dies ist in der Kommentarspalte entsprechend zu vermerken.
E4.1 E4.2	Aus der Maßnahmenplanung/der Bewegungsförderplanung sollte erkennbar sein, ob Maßnahmen zur Förderung der Eigenbewegung eingeleitet wurden (E4.1) und bei Bedarf gefährdete Körperstellen (Fersen, Ellbogen, ...) freigelegt wurden (E4.2).
E5.1	Gemeint sind Hilfsmittel wie z. B. druckentlastende Matratzen, Polsterungen oder andere Hilfsmittel. Falls keine Hilfsmittel benötigt werden, wird die Frage mit „nicht anwendbar“ beantwortet. Die Dokumentation sollte Auskunft darüber geben, wann das Hilfsmittel erstmalig eingesetzt werden konnte und die Verfahrensregelung der Einrichtung Aufschluss darüber geben, ob der Zeitraum angemessen ist.
E6.1	Jeder Dekubitus, der bei der Ersteinschätzung nicht dokumentiert wurde, gilt als „neuer“ Dekubitus.
E2.2	Bei dieser Frage geht es um die Informationsweitergabe über prophylaktische Maßnahmen an Kollegen und andere Berufsgruppen und die Einschätzung der Pflegefachkraft, ob Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe kontinuierlich fortgeführt werden konnten (z. B. in Funktionsabteilungen, in Spät- und Nachtschichten)
E2.3 E3.2	Hat der Patient die Beteiligung an der Maßnahmenplanung oder die Beratung abgelehnt, so wird mit „Nein“ geantwortet. Ist der Patient/Bewohner aus anderen Gründen (z. B. kognitive Einschränkungen) nicht an der Maßnahmenplanung und an einer Beratung beteiligt worden, so ist die Frage „nicht anwendbar“. Ablehnung oder andere Gründe müssen in der Kommentarspalte vermerkt werden.
E5.2	Diese Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn aus Sicht der Pflegefachkraft das eingesetzte Hilfsmittel geeignet ist.
E5.3	Der Zeitraum für das unverzügliche Bereitstellen sollte sich aus der Verfahrensregelung entnehmen lassen.
E2.4 E3.3 E3.4	Bei diesen Fragen geht es um die subjektive Wahrnehmung des Patienten/Bewohners bzw. alternativ seiner Angehörigen, wenn diese einbezogen werden konnten, ob die Maßnahmen mit ihm gemeinsam geplant wurden und er sich ausreichend über sein Dekubitusrisiko und die damit verbundene Gefahr informiert fühlte. Die Fragen können zum besseren Verständnis den befragten Personen und dem individuellen Fall entsprechend sprachlich angepasst werden.
E4.3	Diese Frage untersucht, ob sich Patienten/Bewohner ausreichend bei der Bewegungsförderung unterstützt gefühlt haben.