



Hochschule Osnabrück
University of Applied Sciences

Deutsches Netzwerk für
Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)

**Expertenstandard
Dekubitusprophylaxe in der Pflege**

Audit-Instrument

Teil 1: Patienten-/bewohnerbezogenes Audit

- Hinweise zum Vorgehen beim patienten-/bewohnerbezogenen Audit und zu Fragebogen 1
- Fragebogen 1
- Ergebnisprotokoll 1

Teil 2: Personalbezogenes Audit

- Hinweise zum Vorgehen beim personalbezogenen Audit
- Fragebogen 2
- Ergebnisprotokoll 2

Teil 1: Patienten-/bewohnerbezogenes Audit

Hinweise zum Vorgehen beim patienten-/bewohnerbezogenen Audit

1. Es muss genügend Zeit für das Audit einkalkuliert werden, ca. 45 Minuten pro Patient/Bewohner ist ein durchschnittlicher Erfahrungswert, da mit Störungen gerechnet werden muss (Dokumente fehlen, Patient/Bewohner ist nicht da, andere Berufsgruppen intervenieren etc.).
2. Die Vorinformation aller Beteiligten der Pflegeeinheit über das Ziel, die Inhalte und das Vorgehen beim Audit ist wesentlich für die Minimierung von Kontrolllängsten und eine reibungslose Durchführung (einsehbare Dokumente, Information und Zustimmung anderer Berufsgruppen).
3. Für die Patienten-/Bewohnerbefragung gilt, dass das Audit regulärer Teil der Pflege ist. Es genügt also, die Patienten/Bewohner unmittelbar vor der Maßnahme zu informieren.
4. Der Expertenstandard gehört immer dazu, sowohl bei der Information der Kollegen als auch beim Audit. Sowohl der Auditor als auch die verantwortlichen Pflegefachkräfte können sich dort bei Fragen und Unklarheiten rückversichern.
5. Es empfiehlt sich, alle Patientendokumente in einem ersten Arbeitsgang durchzugehen und die Akten mit Risikoausschluss wegzulegen. Falls ein Risikoausschluss nicht dokumentiert ist, Pflegepersonal fragen und in der Kommentarspalte vermerken. Bearbeitet werden die Akten, bei denen nicht schriftlich oder mündlich das Risiko explizit ausgeschlossen ist.
6. Die Gesamtzahl der Patienten (l. im Audit-Protokoll) und die Verteilung auf die Untergruppen (mit Risiko Ia. und mit Risikoausschluss Ib.) sollte pro Audit-Einsatz vermerkt und am Schluss summiert werden.
7. Anzustreben ist eine Stichprobengröße von 40 Patienten/Bewohnern, um aussagefähige Daten zu erhalten.
8. Für die Durchführung des Audits hat sich bewährt, mit der Dokumentenanalyse zu beginnen, dann die Personalbefragung und zuletzt die Befragung von Patienten/Bewohnern vorzunehmen.
9. Es sollte sichergestellt werden, dass jeder Patient/Bewohner nur einmal in die Gesamterhebung einbezogen wird. Hierzu empfiehlt es sich, entweder eine entsprechende Liste zu führen oder das Audit in der Patientenakte zu vermerken. Kommt es in Krankenhäusern im Auditzeitraum zu einer Wiederaufnahme eines Patienten, kann dieser erneut auditiert werden.
10. Befragung der zuständigen Pflegefachkraft: Die Fragen sollten von der jeweiligen Bezugspflegeperson des auditierten Patienten/Bewohners beantwortet und ggf. durch Angaben anderer Pflegefachkräfte ergänzt werden.
11. Befragung von Patienten/Bewohnern bzw. Angehörigen: Die Befragungssituation sollte so gestaltet werden, dass Diskretion gewährleistet ist und sich die Befragten frei äußern können. Zum Vertrauensaufbau sind Dienstkleidung und Namensschild hilfreich.
12. Die Befragung von Patienten/Bewohner bzw. Angehörigen kann jederzeit für die befragten Personen sprachlich verständlich und an den individuellen Fall angepasst werden.
13. Zur Auswertung: Als „gültig“ werden nur die „Ja“- und „Nein“-Antworten gewertet. Wenn eine Audit-Frage mit „nein“ oder „nicht anwendbar“ beantwortet wird, bitte in der Kommentarspalte eine Begründung angeben.

Hinweise zu den einzelnen Items des Fragebogens 1

- E 0 Bitte vermerken Sie, ob bei Aufnahme bzw. bei Beginn der pflegerischen Versorgung des Patienten/Bewohners ein Dekubitus vorlag. Geben Sie die die Lokalisation in der Kommentarspalte und den Grad in der Tabelle an. Liegt die Aufnahme länger zurück (z. B. in Einrichtungen der Altenhilfe), gilt der Zeitpunkt der Einführung des Standards. Bei mehreren Dekubitus sollte die Tabelle kopiert und die jeweilige Lokalisation des Dekubitus auf ihr vermerkt werden.
- E 1.1 Aus erhebungspraktischen Gründen gelten die ersten 24 Stunden nach Aufnahme als "unmittelbar zu Beginn".
- E 1.2 Die Hautinspektion ist Teil der differenzierten Einschätzung des Dekubitusrisikos. Bitte geben Sie an, ob ihre Durchführung dokumentiert ist.
- E 1.3 Eine Einschätzung ist dann aktuell, wenn sie entweder im festgelegten Zeitabstand und/oder nach jeder das Dekubitusrisiko betreffenden Veränderung der Pflegesituation erneut durchgeführt wurde.
- E 2 Bitte geben Sie an, ob ein Bewegungsplan vorliegt, der die individuellen Risikofaktoren des Patienten/Bewohners ebenso berücksichtigt wie Interventionen, besondere Vorlieben („Einschlafseite“) oder Zeitintervalle.
- E 3.1 Gemeint sind druckverteilende Hilfsmittel wie z. B. Spezialmatratzen, Polsterungen oder andere Hilfsmittel. Falls keine entsprechenden Hilfsmittel benötigt werden, ist die Frage nicht anwendbar. Nicht gemeint sind Lagerungshilfsmittel wie z. B. Kissen.
- E 4.1 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, gilt das Kriterium als erfüllt und muss mit „Ja“ beantwortet werden. Ablehnung der Angebote bitte in der Kommentarspalte vermerken.
- E 4.2 Diese Fragen beziehen sich auf arbeitsorganisatorische Bedingungen. Hat der Patient Beratungsangebote oder die Beteiligung an der Maßnahmenplanung abgelehnt oder aus anderen Gründen nicht wahrnehmen können (z. B. kognitive Einschränkungen), gilt das jeweilige Kriterium trotzdem als erfüllt und muss mit „Ja“ beantwortet werden. Ablehnung oder andere Gründe sollten in der Kommentarspalte vermerkt werden.
- E 4.3
- E 4.6
- E 5.1 Bei dieser Frage geht es um die Informationsweitergabe über prophylaktische Maßnahmen an andere Berufsgruppen.
- E 4.4 Bei diesen Fragen ist möglich, dass die Antworten des Patienten/Bewohners im Widerspruch zu den Ergebnissen der Dokumentenanalyse (E 4.1) und der Personalbefragung (E 4.2 / E 4.3) stehen. Die Fragen können zum besseren Verständnis den befragten Personen und dem individuellen Fall entsprechend sprachlich angepasst werden.
- E 6 Die Hautbeobachtung sollte durch einen in der Dekubituseinschätzung erfahrenen Auditor oder ggf. eine weitere Pflegefachkraft erfolgen, die nicht zum Pflorgeteam der auditierten Pflegeeinheit gehört. Das Ergebnis ist in der Tabelle einzutragen. Bei mehreren Dekubitus sollte die Tabelle kopiert und die jeweilige Lokalisation des Dekubitus auf ihr vermerkt werden.

Fragebogen 1: Patienten-/bewohnerbezogene Daten

Name der Einrichtung und Pflegeeinheit:

Datum: Benötigte Zeit: Nummer:

<i>Quelle</i>	<i>Frage</i>	<i>Ant- wort</i>	<i>Kommentare</i>
Dokumen- tenanalyse	E 0 Lagen bei Aufnahme des Patienten/Bewohners in der Pflegeeinheit ein oder mehrere Dekubitus vor?		Wenn ja: Lokalisation: _____ Bitte vermerken Sie den Dekubitusgrad auf der folgenden Seite.
	E 1.1 Wurde unmittelbar zu Beginn der pflegerischen Versorgung eine systematische Einschätzung des Dekubitusrisikos vorgenommen?		
	E 1.2 Wurde eine Hautinspektion vorgenommen?		
	E 1.3 Liegt eine aktuelle, systematische Risikoeinschätzung vor?		
	E 2 Erfolgt die Bewegungsförderung nach einem individuellen Bewegungsplan?		
	E 3.1 Wenn individuell benötigte druckverteilende Hilfsmittel in der Pflegeplanung vorgesehen waren, wurden sie unverzüglich eingesetzt?		
	E 4.1 Wurde dem Patienten/Bewohner Beratung über sein Dekubitusrisiko angeboten?		
Befragung der zuständigen Pflegefach- kraft	E 4.2 War es Ihnen möglich, den Patienten/Bewohner oder ggf. Angehörige in Bezug auf sein Dekubitusrisiko zu beraten?		
	E 4.3 War es Ihnen möglich, den Patienten/Bewohner oder ggf. Angehörige an der Planung der Maßnahmen zu beteiligen?		
	E 5.1 Wurden alle an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen über die notwendigen prophylaktischen Maßnahmen informiert?		Wenn ja: auf welche Weise?
Befragung von Patient/ Bewohner (alternativ Angehörige)	E 4.4 Hat jemand mit Ihnen über die Gefahr des Wundliegens gesprochen?		
	E 4.5 Waren die Informationen für Sie verständlich und ausreichend?		
	E 4.6 Sind Ihnen Möglichkeiten zur Vermeidung des Wundliegens gezeigt worden?		
Beobachten	E 6 Hat der Patient/Bewohner einen oder mehrere Dekubitus, der oder die seit Aufnahme in der Pflegeeinheit neu entstanden sind?		Wenn ja: Lokalisation: _____ Bitte vermerken Sie den Dekubitusgrad auf der folgenden Seite.

Ausfüllhinweis: J: ja

N:Nein

NA: nicht anwendbar

Dekubitusgrade

Name der Einrichtung und Pflegeeinheit:

Datum:

Nummer:

Bitte vermerken Sie jeweils das Ergebnis der Dokumentenanalyse und der Hautbeobachtung durch den Auditor.

	E0 (Dokumenten- analyse)	E6 (Beobachtung)
<p>Kategorie/ Stufe/ Grad I: Nicht wegdrückbare Rötung Nicht wegdrückbare, umschriebene Rötung bei intakter Haut, gewöhnlich über einem knöchernen Vorsprung. Bei dunkel pigmentierter Haut ist ein Verblässen möglicherweise nicht sichtbar, die Farbe kann sich aber von der umgebenden Haut unterscheiden. Der Bereich kann schmerzempfindlich, verhärtet, weich, wärmer oder kälter sein als das umgebende Gewebe. Diese Symptome können auf eine (Dekubitus-) Gefährdung hinweisen.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Kategorie/ Stufe/ Grad II: Teilverlust der Haut Teilerstörung der Haut (bis zur Dermis), die als flaches, offenes Ulcus mit einem rot bis rosafarbenen Wundbett ohne Beläge in Erscheinung tritt. Kann sich auch als intakte oder offene/rupturierte, serumgefüllte Blase darstellen. Manifestiert sich als glänzendes oder trockenes, flaches Ulcus ohne nekrotisches Gewebe oder Bluterguss. Diese Kategorie sollte nicht benutzt werden um Blasen, Verbands- oder pflasterbedingte Hautschädigungen, feuchtigkeitsbedingte Läsionen, Mazerationen oder Abschürfungen zu beschreiben.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Kategorie/ Stufe/ Grad III: Verlust der Haut Zerstörung aller Hautschichten. Subkutanes Fett kann sichtbar sein, jedoch keine Knochen, Muskeln oder Sehnen. Es kann ein Belag vorliegen, der jedoch nicht die Tiefe der Gewebsschädigung verschleiert. Es können Tunnel oder Unterminierungen vorliegen. Die Tiefe des Dekubitus der Kategorie/Stufe/Grad III variiert je nach anatomischer Lokalisation. Der Nasenrücken, das Ohr, der Hinterkopf und das Gehörknöchelchen haben kein subkutanes Gewebe, daher können Kategorie III Wunden dort auch sehr oberflächlich sein. Im Gegensatz dazu können an besonders adipösen Körperstellen extrem tiefe Kategorie III Wunden auftreten. Knochen und Sehnen sind nicht sichtbar oder tastbar.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Kategorie/ Stufe/ Grad IV: vollständiger Haut oder Gewebeverlust Totaler Gewebsverlust mit freiliegenden Knochen, Sehnen oder Muskeln. Belag und Schorf können vorliegen. Tunnel oder Unterminierungen liegen oft vor. Die Tiefe des Kategorie IV Dekubitus hängt von der anatomischen Lokalisation ab. Der Nasenrücken, das Ohr, der Hinterkopf und der Knochenvorsprung am Fußknöchel haben kein subkutanes Gewebe, daher können Wunden dort auch sehr oberflächlich sein. Kategorie IV Wunden können sich in Muskeln oder unterstützende Strukturen ausbreiten (Fascien, Sehnen oder Gelenkkapseln) und können dabei leicht Osteomyelitis oder Ostitis verursachen. Knochen und Sehnen sind sichtbar oder tastbar</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

vgl. EPUAP/NPUAP (2009) Deutsche Übersetzung S.9

Teil 2: Personalbezogenes Audit

Hinweise zum Vorgehen beim personalbezogenen Audit (Fragebogen 2: Befragung der Pflegefachkräfte zum Fortbildungsbedarf)

1. Die Befragung der Pflegefachkräfte zum Fortbildungsbedarf wird in schriftlicher Form bei allen Pflegefachkräften der Station anonym durchgeführt. Dafür ist ggf. die Information und Einbeziehung des Betriebs-/Personalrates ratsam.
2. Die Pflegefachkräfte sollten auch darüber informiert werden, dass die Befragung Teil der Einführung des Expertenstandards ist und es zur Auswertung des Erfolgs der Standardeinführung und -anwendung wichtig ist, die Selbsteinschätzung des Pflegepersonals zum Wissensstand bezüglich der Standardkriterien zu erfassen.
3. Um einen hohen Rücklauf zu erhalten, empfiehlt es sich, dass der Auditor persönlich die Fragebögen verteilt und ggf. in einer „Wahlurne“ wieder einsammelt.
4. Der Fragebogen 2 kann durch Beispiele sprachlich ergänzt werden, z. B. durch Nennung der tatsächlich angebotenen Fortbildungsveranstaltung. Die Überschrift darf dabei allerdings nicht verändert werden und die Beispiele müssen dem jeweiligen Themengebiet entsprechen.
5. Bitte in Ergebnisprotokoll 2 die Anzahl der ausgegebenen Fragebögen angeben. Diese Zahl sollte der Anzahl der Pflegefachkräfte in der/den beteiligten Pflegeeinheit/en entsprechen.
6. Die Ergebnisse der Befragung der Pflegefachkräfte werden in das Ergebnisprotokoll 2 eingetragen. Sollten mehr als 40 Pflegefachkräfte befragt worden sein, können die Daten auf einer Kopie des Ergebnisprotokolls eingetragen werden.
7. Zur Auswertung: Als „gültig“ werden nur die „Ja“- und „Nein“-Antworten gewertet. Das Ergebnis ist der Anteil der Ja-Antworten an allen gültigen Antworten.

Befragung der Pflegefachkräfte zum Fortbildungsbedarf

Liebe Kollegin, lieber Kollege aus dem Pflegedienst,

in Ihrer Pflegeeinheit wurde der Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ eingeführt. Sie sind unter Umständen bereits über die Qualitätsbewertung (Audit) informiert und zu von Ihnen betreuten Patienten/Bewohnern befragt worden. Zur Auswertung des Erfolgs der Standardeinführung und -anwendung ist es wichtig, die Selbsteinschätzung des Pflegepersonals zum Wissensstand bezüglich der Standardkriterien zu erfassen. Wir bitten Sie daher, den folgenden kurzen Fragebogen ohne Angabe Ihres Namens auszufüllen, damit Ihre Anonymität gewahrt bleibt.

Da es Sinn und Zweck von Expertenstandards ist, neues Wissen zu verbreiten, besteht bei ihrer Einführung grundsätzlich Fortbildungsbedarf. **Wir möchten von Ihnen wissen, zu welchen Themen Sie in den vergangenen 24 Monaten an Schulungs- oder Fortbildungsmaßnahmen teilgenommen haben und zu welchen Themen Sie weiteren Schulungs-/Fortbildungsbedarf sehen.** Als Fortbildungen gelten auch Informationen durch Kolleginnen im Rahmen von Dienstbesprechungen oder Übergaben. Ebenso gehören dazu praktische Übungen und Trainings (z. B. Schulungen für Hilfsmittel).

Fortbildungsthemen	Teilnahme		Weiterer Bedarf	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Dekubitusentstehung, Risikofaktoren und Einschätzung von Dekubitus(S1a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchführung der systematischer Risikoeinschätzungen zur Erfassung des Dekubitusrisikos (S1b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewebeschonende Bewegungs-, Lagerungs- und Transfertechniken (S2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswahl geeigneter Hilfsmittel, z. B geeignete druckverteilende Lagerungshilfsmittel (S3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung/Anleitung zu Dekubitusrisiko und prophylaktischen Maßnahmen, z. B. Bewegungsförderung (S4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beurteilung und Dokumentation der Effektivität der prophylaktischen Maßnahmen, z. B. Begutachtung des Hautzustandes (S6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

