



Hochschule Osnabrück
University of Applied Sciences

Deutsches Netzwerk für
Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.)

Ergebnisse der
modellhaften Implementierung zum

**Expertenstandard
Dekubitusprophylaxe in der Pflege**

2004

7 Die Implementierung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege

Doris Schiemann und Martin Moers

7.1 Auswahl der Einrichtungen

Gegenstand der Projektförderung durch das Bundesministerium für Gesundheit war neben der Konsensus-Konferenz zur Diskussion und Verabschiedung eines nationalen Expertenstandards "Dekubitusprophylaxe" in der Pflege die wissenschaftlich begleitete Implementierung in ausgewählten Gesundheitseinrichtungen. Geplant war die Teilnahme von 15 Einrichtungen der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung, in denen bereits Erfahrungen mit der Stationsgebundenen Qualitätssicherung oder anderen Methoden zur systematischen Qualitätsentwicklung vorliegen. Eine weitere Voraussetzung der teilnehmenden Einrichtungen bestand darin, dass sie über eigene personelle und materielle Ressourcen für Informations- und Fortbildungsveranstaltungen, für die Begleitung des Pflgeteams während der Standard-Einführung und das abschließende Audit in der "Modellpflegeeinheit" verfügten.

Da das Teilnahmeinteresse sehr groß war, wurde letztlich eine Auswahl von 18 Einrichtungen (13 Krankenhäuser, 2 Einrichtungen der stationären Altenhilfe und 3 ambulante Pflegedienste) in das Pilotprojekt aufgenommen. Da ein Krankenhaus und ein ambulanter Pflegedienst ihre Teilnahme gleich zu Projektbeginn aus betrieblichen Gründen abgebrochen haben, waren es insgesamt 16 Gesundheitseinrichtungen, die sich an allen Phasen des Implementierungsprojektes beteiligten (s. Abb. 12).

Bei der Auswahl der Krankenhäuser wurde darauf geachtet, dass Krankenhäuser der Maximal- und Regelversorgung ebenso vertreten waren wie Universitätskliniken. Im Rahmen des Auswahlverfahrens wurde die ursprüngliche Zielsetzung, ausschließlich auf dem Gebiet der Stationsgebundenen Qualitätssicherung erfahrene Einrichtungen den Zuschlag zu geben, verworfen, weil der Teilnehmerkreis dann zu klein gewesen wäre. Insgesamt ist aber festzustellen, dass etwa die Hälfte der beteiligten Einrichtungen über einschlägige Erfahrungen im Bereich der Qualitätsentwicklung mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen verfügte.

Kooperationspartner des Implementierungsprojektes

Allgemeines Krankenhaus St. Georg, Hamburg
Pflegedienstleiter: Hans-Joachim Fietz-Mahlow
Projektbeauftragter: Matthias Ruhm

AWO-Seniorenzentrum im Gloria Park Lehrte
Pflegedienstleiter: Volker Hagemann
Projektbeauftragter: Stefan Hübner

Charité Universitätsmedizin Berlin/Campus Benjamin Franklin
Pflegedirektorin: Hedwig François-Kettner
Projektbeauftragte: Iris Bredfeldt-Zerler

Haus vom Guten Hirten Bocholt
Pflegedienstleiterin: Mechthild Elsweier
Projektbeauftragte: Renate Jormann

Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt
Pflegedirektor: Martin Wilhelm
Projektbeauftragte: Dipl.-Soz. Christa Flerchinger, Doris Henneberger

Klinikum der Stadt Ludwigshafen gGmbH
Pflegedirektorin: Käte Harms
Projektbeauftragte: Dipl.-Pflegerin Regina Bernhard, Dipl.-Pflegerin Kerstin Koch

Klinikum Nürnberg
Pflegedirektor: Xaver Fraunknecht
Projektbeauftragte: Steffi Frenzel

Klinikum Osnabrück gGmbH
Pflegedirektorin: Dipl.-Pflegerin Birgit Plaschke
Projektbeauftragte: Elisabeth Gottschalk, Maria Wolbers

Krankenpflegedienst Daheim Lübeck
Pflegedienstleiter: Stefan Wasle
Projektbeauftragte: Anja Wulf, Stefan Wasle

Marienhospital Osnabrück
Pflegedienstleiterin: Sr. Margret Hoffmann
Projektbeauftragter: Dipl.-Pflegerin Martin Pohlmann

Medizinische Hochschule Hannover
Komm. Leitung Krankenpflege: Bernhard Schulze
Projektbeauftragter: Dipl.-Pflegerin Andreas Fierdag

Mobiler Pflegeservice Wiesbaden
Pflegedienstleiter: Stefan Merkel
Projektbeauftragte: Dipl.-Pflegerin Ursula Hübner

St. Agnes Hospital Bocholt gGmbH
Pflegedienstleiterin: Ulrike Haepf
Projektbeauftragte: Petra Steverding, Karl-Hans Schröter

Städt. Krankenhaus München Neuperlach
Pflegedirektor: Bruno Wirnitzer
Projektbeauftragte: Christa Gottwald

Unfallkrankenhaus Berlin
Pflegedirektor: Matthias Witt
Projektbeauftragte: Dipl.-Pflegerin Carola Stenzel, Dipl.-Pflegerin Jaqueline Matthei

Universitätsklinikum Lübeck
Pflegedienstleiter: Ulrich Heller
Projektbeauftragte: Sibylle Ebert

7.2 Konzept der Implementierung

Das primäre Ziel der modellhaften Implementierung bestand darin, Aufschluss über die Akzeptanz und Praxistauglichkeit des Expertenstandards zu gewinnen und herauszufinden, welche Voraussetzungen für seine Einführung und Verstetigung in der Pflegepraxis bedeutsam sind. Darüber hinaus sollte ein spezifisches Audit-Instrument für den Expertenstandard entwickelt und erprobt werden. Eine weitere Zielsetzung war, mit Hilfe des Implementierungsprojektes die Verbreitung des Expertenstandards in den Pflegeberufen zu forcieren.

Das Implementierungsprojekt war von Mai bis einschließlich Oktober 2000 anberaumt und umfasste vier komplexe Schritte mit unterschiedlichen inhaltlichen und organisatorischen Anforderungen an die Projektbeteiligten in den Praxiseinrichtungen. Sie wurden im Rahmen des ersten Treffens des wissenschaftlichen Teams der Fachhochschule Osnabrück mit den Projektverantwortlichen diskutiert und fanden ihre uneingeschränkte Zustimmung. Die einzelnen Phasen werden in der Abb. 13 kurz skizziert.

Während des Projektzeitraums fanden drei ganztägige gemeinsame Treffen mit den Projektbeauftragten aus den beteiligten Praxiseinrichtungen statt, in deren Rahmen die fachliche Beratung und wissenschaftliche Begleitung zu den einzelnen Projektphasen methodisch und inhaltlich erfolgte und Gelegenheit zu einem gezielten Erfahrungs- und Ergebnisaustausch zwischen den Projektverantwortlichen bestand. Darüber hinaus wurden während der ersten beiden Projekttreffen die Instrumente der Datenerhebung im Hinblick auf die Projektdokumentation und das abschließende Audit inhaltlich erörtert und Vereinbarungen über das methodische Vorgehen in den Praxiseinrichtungen getroffen.

Für die Auswahl der "Modellpflegeeinheiten" in den stationären Praxiseinrichtungen galt, dass neben einem ausgeprägten Interesse der Pflgeteams an der Einführung des Expertenstandards ein hoher Entwicklungsstand in der Pflege (z. B. systematische Anwendung und Dokumentation der Pflegeprozessmethode, Erfahrungen mit der Anwendung der Stationsgebundenen Qualitätssicherung) ausschlaggebend sein sollte. Für die ambulanten Pflegedienste war aufgrund der Größe der beteiligten Einrichtungen kein Auswahlverfahren zur Ermittlung einer "Modelleinheit" erforderlich - das heißt, dass jeweils das gesamte Pflgeteam der jeweiligen Einrichtung an der Einführung des Expertenstandards beteiligt war.

Phasen des Implementierungsprojekts

Phase 1 Fortbildungen zu den Themen "Qualitätsentwicklung in der Pflege" und "Dekubitusprophylaxe"

(Mai 2000)

Um möglichst viele Beteiligte zu erreichen, sollten "Kickoff-Veranstaltungen" zu Beginn des Projektes im Mai und zu Beginn der Einführung des Expertenstandards im August für folgende Adressaten angeboten werden: Pflegeteam der beteiligten Pflegeeinheit einschließlich Pflegeleitung, verantwortliche Pflegemanagerin auf der Abteilungs- und Betriebsebene sowie interessierte Angehörige anderer Gesundheitsberufe.

Anzahl und Themen der Fortbildungsveranstaltungen waren dem jeweiligen Bedarf des Pflegeteams anzupassen. Es war vorhersehbar, dass in nahezu allen Einrichtungen zum Thema "Anwendung einer Risikoskala" Fortbildungsbedarf bestehen würde.

Bereits in der Fortbildungsphase sollten interessierte und geeignete Mitglieder des Pflegeteams der Modellpflegeeinheit eine drei- bis sechsköpfige Arbeitsgruppe bilden. Der Auftrag der Arbeitsgruppe bestand vorrangig in der Vor- und Nachbereitung der einzelnen Schritte der Standardeinführung sowie der Verbreitung der Arbeitsgruppen-Ergebnisse innerhalb des gesamten Pflegeteams. Für die Moderation der Arbeitsgruppen sollte der Projektbeauftragte zur Verfügung stehen.

Phase 2 Anpassung des Expertenstandards an die besonderen Anforderungen der Zielgruppe (Patienten/Bewohner) der Pflegeeinheit

(Juni/Juli 2000)

Im Rahmen der Standardanpassung an den spezifischen Pflegebedarf der Zielgruppe durfte das angestrebte Qualitätsniveau des Expertenstandards nicht unterschritten werden. Wichtig war außerdem, dass die Kernaussage der einzelnen Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien des Standards unverändert blieb. Dies stellte eine unabdingbare Voraussetzung für eine vergleichende Analyse der Audit-Ergebnisse zwischen den beteiligten Projekteinrichtungen dar.

Phase 3 Einführung des Expertenstandards

(August/September 2000)

Um den Beginn der Standardeinführung für alle Beteiligten zu signalisieren, sollte eine zweite "Kickoff"-Veranstaltung angeboten werden.

Phase 4 Datenerhebung mit standardisiertem Audit-Instrument

(Oktober 2000)

Vor Beginn der Datenerhebung sollten alle Beteiligten detaillierte Informationen über Ziel, Instrument und die einzelnen Vorgehensschritte, einschließlich eines Zeitplanes der Erhebung erhalten, um das Interesse und eine aktive Beteiligung der Mitglieder des Projektteams anzuregen und Kontrollängste weitgehend auszuräumen.

7.3 Aktivitäten der wissenschaftlichen Begleitung

Neben den bereits unter Abschnitt 7.2 dargestellten Aktivitäten des wissenschaftlichen Teams im Rahmen der Projektvorbereitung und -steuerung war ein weiterer zentraler Schwerpunkt der wissenschaftlichen Begleitung die systematische Erhebung folgender Projektdaten:

- Zur *Erfassung des Projektverlaufs* wurde eine Fragebogenerhebung bei allen Projektverantwortlichen durchgeführt.
- Zur *Erfassung der Projektergebnisse* fand in allen Einrichtungen ein abschließendes Audit mit einem standardisiertem Instrument zum Umsetzungsgrad des Expertenstandards statt (s. Kap. 6).

Sämtliche Projektdaten aus oben genannten Quellen lagen zum Jahresende 2000 vor. Sie wurden vollständig in die Auswertung und Ergebnisdarstellung aufgenommen. Zusätzlich konnte auf Diplomarbeiten und Praxissemesterberichte aus dem Studiengang Pflegewissenschaft der Fachhochschule Osnabrück zurückgegriffen werden, in denen einzelne Aspekte der Implementierung behandelt wurden.

7.4 Projektverlauf und -ergebnisse

7.4.1 Zeitrahmen

Insgesamt konnten in 15 von 16 Einrichtungen die vier Projektphasen (s. Abschnitt 7.2) im vorgegebenen engen Zeitrahmen von sechs Monaten durchgeführt werden. Dass es innerhalb des sechsmonatigen Projektzeitraums in jeder Einrichtung zu mehr oder weniger großen Zeitverschiebungen zwischen den einzelnen Phasen kam, war voraussehbar, und stellte nur in wenigen Einrichtungen eine Bedrohung für den Projekterfolg in Phase drei (Umsetzung des Standards) und Phase vier (abschließendes Audit) dar. Dabei waren die Mobilisierung von Ressourcen für die Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen und die Freistellung der Arbeitsgruppen-Teilnehmerinnen für regelmäßige Treffen oder eine insgesamt unzureichende Personalsituation oder erhebliche Verzögerungen in der Bereitstellung dringend benötigter Hilfsmittel (in der Regel die Antidekubitusmatratze) für die temporäre "Projektkrise" im Projektgeschehen verantwortlich. In einer Einrichtung war beispielsweise das um einige Wochen verspätete Audit durch akuten Personalmangel begründet.

7.4.2 Strukturdaten der Modellpflegeeinheiten

Zur fachlichen Ausrichtung

Das Spektrum der ausgewählten Modellpflegeeinheiten in den 12 Projektkrankenhäusern umfasste als größte Gruppe fünf Intensivstationen (3 x Innere Medizin, 1 x Unfallchirurgie

und 1 x Transplantationschirurgie) sowie jeweils drei Normalstationen für Innere Medizin und Chirurgie und eine für Neurologie. Der überproportionale Anteil von Intensivstationen lässt sich sowohl auf den hohen Entwicklungsstand in der Pflege als auch auf den hohen Anteil dekubitusgefährdeter Patienten zurückführen.

Zur Anzahl von Behandlungs- respektive Bewohnerplätze und der durchschnittlichen Verweildauer

Die Zahl der Behandlungsplätze differierte in den beteiligten Pflegeeinheiten der Projektkrankenhäuser zwischen 7 und 36, und die durchschnittliche Verweildauer zwischen circa 4 und 21 Tagen. In den beiden Einrichtungen der stationären Altenhilfe verfügten die beteiligten Pflegeeinheiten/Abteilungen jeweils über 24 und 112 Bewohnerplätze. Daten zur durchschnittlichen Verweildauer lagen nur aus einer Einrichtung vor – dort lag sie bei sieben Monaten. In den beiden ambulanten Pflegediensten umfassten die in das Implementierungsprojekt einbezogenen Patientengruppen in einer Einrichtung 70 und der anderen 95 Personen. Daten über die durchschnittliche Behandlungsdauer von Patienten wurden in beiden Diensten nicht erhoben.

Zur Personalausstattung

Die vorliegenden Daten zur quantitativen Personalausstattung konnten bedauerlicherweise nicht verwendet werden, weil den Angaben nicht durchgehend zu entnehmen war, ob es sich um Voll- oder Teilzeitkräfte handelte. Zur Qualifikation des Pflegepersonals liegen dagegen zuverlässige Daten vor. Die Auswertung ergab, dass auch in den Modelleinrichtungen die üblichen Unterschiede im Qualifikationsprofil von Pflegepersonal in Krankenhäusern, Einrichtungen der stationären Altenhilfe und der ambulanten Pflege bestehen. Während der Anteil an Pflegefachpersonal in den Krankenhäusern zwischen 95 und 100 % betrug, lag er in den übrigen Einrichtungen im Durchschnitt bei 50 %.

Zum Erfahrungshintergrund mit systematischer Qualitätsentwicklung

Den Befragungsergebnissen ist zu entnehmen, dass die Pflegeteams in sieben Einrichtungen (5 x Krankenhaus, 1 x stationäre Alteneinrichtung und 1 x ambulanter Pflegedienst) bereits über einschlägige Erfahrungen mit der Anwendung systematischer Qualitätsentwicklungsmethoden verfügen. So war in drei dieser Einrichtungen (Krankenhäuser) beispielsweise die Methode der Stationsgebundenen Qualitätssicherung eingeführt. In weiteren vier Einrichtungen (2 x Krankenhaus, 1 x Alteneinrichtung und 1 x ambulanter Pflegedienst) waren bereits Ansätze zur systematischen Qualitätsentwicklung erkennbar, während die übrigen fünf Einrichtungen (Krankenhäuser) im Rahmen des Implementierungsprojektes erstmalig Erfahrungen auf diesem Gebiet gesammelt haben.

7.4.3 Fortbildung

Im Projektverlauf sollten – falls dies von den Projektverantwortlichen als notwendig erachtet würde – Fortbildungen für die Mitarbeiterinnen angeboten werden. Der auf der Basis einer

Mitarbeiterinnenbefragung zu Beginn des Projektes eingeschätzte Fortbildungsbedarf erwies sich in nahezu allen Einrichtungen als hoch. Lediglich in einer Einrichtung (Universitätsklinik – dort nimmt das Thema Dekubitusprophylaxe seit vielen Jahren eine vorrangige Stelle im Fortbildungsprogramm des Pflegedienstes ein) wurde für die Einführung des Expertenstandards kein zusätzlicher Fortbildungsbedarf festgestellt.

Der Bedarfsanalyse durch die Projektbeauftragten war zu entnehmen, dass vor allem in Bezug auf die Themen "Entstehung von Dekubitalulcera", "Risikoskalen", "Kinästhetik" und "Lagerungstechnik/Bewegungsplan" ein Bedarf an zusätzlichen Fortbildungen bestand. Diese Themen sind vor allem durch ein hohes Maß an praktischer Anleitung zu vermitteln und bedeuten in der Umsetzung der Fortbildungen einen erheblichen (Zeit-) Aufwand für alle Beteiligten. Dies mag als ein Grund dafür angesehen werden, dass sie in der Vergangenheit im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen eher vernachlässigt worden sind.

Der ermittelte Fortbildungsbedarf konnte in keiner Einrichtung während des Projektzeitraums vollständig erfüllt werden (s. Abb. 16: Teilnahme an Fortbildungen und noch bestehender Fortbildungsbedarf), was als zusätzliche Projekterschwernis gewertet werden kann. Dies traf jedoch auf alle Beteiligten gleichermaßen zu. Entscheidend sind daher wohl nicht so sehr die vollständige Durchführung aller notwendig erscheinenden Fortbildungen, sondern eher die sich aus diesem ermittelten Bedarf ergebenden Aktivitäten.

Mit Hilfe einer vergleichenden Zeitanalyse der tatsächlich stattgefundenen Fortbildungsveranstaltungen in den Projekteinrichtungen konnte eine erhebliche Diskrepanz zwischen dem Zeitumfang an Fortbildungsaktivitäten in Krankenhäusern und den übrigen Gesundheitseinrichtungen festgestellt werden: bezogen auf die beteiligten Krankenhäuser lag der durchschnittliche Stundenumfang für Fortbildungen bei 18 Stunden (Spannbreite 0 - 72 Stunden) gegenüber einem Stundenumfang von 6 Stunden (Spannbreite 3,5 - 10 Stunden) in der ambulanten Pflege und der stationären Altenhilfe (diese Angaben beziehen sich auf den Zeitraum des Projektes).

Wie der Personalbefragung im Rahmen des abschließenden Audits zu entnehmen ist, bestand in allen Bereichen ein großes Interesse an den angebotenen Veranstaltungen (s. Kap. 7.5.3). Das heißt, hinsichtlich der Motivation und Bereitschaft des Pflegepersonals zur Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen ließen sich keine erkennbaren Differenzen zwischen den unterschiedlichen Einrichtungen feststellen. Daraus kann abgeleitet werden, dass vor allem die verfügbaren Ressourcen in den beiden Vergleichsgruppen den Umfang der Fortbildungsmaßnahmen bestimmt haben. Ähnlich wie bei der Personalausstattung ist auch in Bezug auf das Angebot und die Durchführung von Fortbildungen eine deutliche Benachteiligung der ambulanten Pflegedienste und der stationären Alteneinrichtungen gegenüber den Krankenhäusern erkennbar.

7.4.4 Standardanpassung

Zu Projektbeginn wurden in allen Pflegeeinheiten Arbeitsgruppen gebildet, die den Projektverlauf steuerten und begleiteten. Den Projektverantwortlichen kam auch in Bezug auf diese Treffen eine zentrale Rolle zu, die weit über die Moderation der Arbeitsgruppen hinausging. Die Größe der Arbeitsgruppen variierte in der Regel zwischen vier und acht Teammitgliedern einschließlich der Stationsleitung.

Die Vorgehensweise zur Anpassung des Expertenstandards an die Besonderheiten von Einrichtung und Zielgruppe wies eine Reihe von Unterschieden auf. Etwa die Hälfte der Arbeitsgruppen nahm ihre Arbeit bereits im Mai auf, bei den anderen Arbeitsgruppen (2 x Altenhilfeeinrichtung, 1 x Krankenhaus) zögerte sich der Projektstart teilweise bis Juli/August 2000 hinaus, so dass sich die Zeit für die einzelnen Aktivitäten - unter anderem die Standardanpassung - deutlich verringerte. In einer Einrichtung mit sehr spätem Projektstart wurde die Standardanpassung daher allein vom Projektverantwortlichen - ohne Beteiligung der Arbeitsgruppe - vorgenommen.

Der Prozess der Standardanpassung stellte sehr hohe fachliche und kommunikative Anforderungen an die Arbeitsgruppen-Mitglieder und die Projektverantwortlichen, weil ihre Aufgabe neben den fachlichen Erörterungen und Abstimmungen auch darin bestand, die Arbeitsgruppen-Ergebnisse in das gesamte Team der Pflegeeinheit zu transferieren (vgl. in Bezug auf die kommunikativen Anforderungen auch Kap. 8.3 – Anforderungen an Praxiseinrichtungen zur Einführung von Expertenstandards).

Der erste Schritt der Arbeitsgruppen bestand in der inhaltlichen Auseinandersetzung mit dem Expertenstandard und den Kommentierungen zu den 21 Kriterien - der zweite Schritt war auf die Anpassung selbst gerichtet. In der Mehrzahl der Einrichtungen erfolgte die Anpassung in Form einer weiteren Konkretisierung einzelner oder sämtlicher Standardkriterien. Teilweise wurden detaillierte Handlungsanweisungen zu einzelnen Kriterien als Anlage zum Standard erarbeitet, um über dieses vertraute Instrument eine Annäherung an den Expertenstandard zu erleichtern. Es gab allerdings auch Einrichtungen (2 x Krankenhaus und 1 x Altenhilfeeinrichtung), in denen der Expertenstandard wörtlich übernommen wurde. Nach Abschluss der Beratungen in den jeweiligen Arbeitsgruppen erfolgte in der Regel eine Ergebnisverabschiedung gemeinsam mit den übrigen Mitgliedern des Pflgeteams.

Angaben zum zeitlichen Aufwand der Standardanpassung für die einzelnen Arbeitsgruppen-Mitglieder lagen aus elf Einrichtungen vor. Sie reichten von 1,5 bis 6 Stunden in drei Arbeitsgruppen, über 8 bis 15 Stunden in vier Arbeitsgruppen bis zu 18 bis 28 Stunden in den übrigen vier Arbeitsgruppen. Zum Zeitaufwand der Projektverantwortlichen in dieser Projektphase sind die vorliegenden Daten aus 12 Einrichtungen nur bedingt aussagefähig, da sich die Angaben von fünf Einrichtungen auf den Gesamtaufwand für das Projekt (zwischen 60 und 130 Stunden) – und nicht nur auf die Zeitspanne für die Standardanpassung - beziehen. Aus den Daten der übrigen sieben Einrichtungen ist zu

schließen, dass der Zeitaufwand der Projektverantwortlichen um etwa 20 - 40 % höher lag als bei den Mitgliedern der Arbeitsgruppen.

Der teilweise hohe Zeitaufwand für die Standardanpassung hängt überwiegend mit dem Gewöhnungsbedarf an den bis dahin unbekanntem "Standardtyp" zusammen – dem strengen formalen Aufbau in Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien und den zunächst von einigen Praktikerinnen als sehr abstrakt empfundenen Formulierungen der Inhalte (Standardstatement und Kriterien). Gelegentlich traten auch Interferenzen mit bestehenden internen Standards und Richtlinien auf, so dass Projektbeauftragte und Arbeitsgruppen-Mitglieder Abstimmungen mit anderen Abteilungen (z. B. Pflegemanagement, Krankenpflegeschule oder Referat für Fort- und Weiterbildung) herbeiführen mussten.

In der Anpassungsphase mussten in nahezu allen Einrichtungen eine Reihe von Problemen gelöst werden. In vier Einrichtungen reichte die Zeitspanne für eine Rückkoppelung mit dem Pflgeteam nicht aus, und in fünf Einrichtungen erwies sich die Auseinandersetzung über Fachbegriffe und alternative Formulierungen als äußerst zäh und zeitraubend. Reibungsverluste wurden in dieser Phase teilweise auch durch das Wissensgefälle zwischen den Mitgliedern der Arbeitsgruppen und dem Pflgeteam ausgelöst. Zu den Problemen in der Anpassungsphase gehörten in sechs Einrichtungen auch urlaubs- und krankheitsbedingte personelle Engpässe.

7.4.5 Standardeinführung

Die Standardeinführung wurde in den Einrichtungen in der Regel mittels Wandzeitungen, Informationsveranstaltung in der Pflegeeinheit sowie eines Ordners mit zusätzlichen Informationen zum Standard vorgenommen. Angesichts des hohen Fortbildungsbedarfs und des mit dem Standard verbundenen Umlernprozesses war der Bedarf an fachlicher Begleitung in den meisten Einrichtungen sehr hoch. In Einrichtungen mit etablierten Qualitätsprogrammen in der Pflege konnte dabei das vorhandene Unterstützungssystem kurzfristig mobilisiert werden, während sich die Projektverantwortlichen und Arbeitsgruppen-Mitglieder in den übrigen Einrichtungen nur bedingt in der Lage sahen, den sich aus der Standardeinführung ergebenden Bedarf an Schulung, Beratung und Begleitung zu decken.

Eine Reihe von Problemen, die von einigen Einrichtungen bereits im Rahmen der Standardanpassung zu bewältigen waren (s. Abschnitt 7.4.4), trafen - in vergleichbarer Ausprägung - auch für die Standardeinführung zu. Als Beispiele seien hier Personalengpässe durch Urlaub und Krankheit, die eher knapp bemessene Zeitspanne für den Einführungsprozess (insbesondere bei spätem Projektstart) sowie ein unzureichender Informations- und Wissenstransfer zwischen Arbeitsgruppe und Pflgeteam genannt. Darüber hinaus gab es in einer Reihe von Einrichtungen folgende spezifische Probleme im Zusammenhang mit der Standardeinführung:

- Fortbildungen konnten nicht rechtzeitig und/oder nicht in erforderlichem Umfang angeboten oder wahrgenommen werden, so dass die fachlichen Voraussetzungen für die Umsetzung unzureichend waren (3 x Krankenhäuser, 1 x Altenhilfeeinrichtung),
- Fortbildungen konnten wegen begrenzter finanzieller Ressourcen nicht bedarfsgerecht angeboten werden (1 x Altenhilfeeinrichtung),
- Pflegefachkräfte fühlten sich wegen des hohen Hilfskräfteanteils im Team übermäßig in die Verantwortung genommen und belastet (1 x Altenhilfeeinrichtung),
- Die Anwendung der Risikoskala bereitete Probleme. Teilweise mussten Modifikationen der Skala vorgenommen werden, um sie der eigenen Zielgruppe anzupassen (3 x Krankenhaus),
- Die Beschaffung von Spezialbetten führte aufgrund zeitaufwendiger Verschreibungs- und Genehmigungsprozeduren zu großen Verzögerungen (1 x Altenhilfeeinrichtung, 1 x ambulanter Pflegedienst).

Letztendlich ist es trotz der beschriebenen Probleme in allen Einrichtungen gelungen, den Expertenstandard im gesamten Pflegeteam anzuwenden und seine Praxistauglichkeit damit generell unter Beweis zu stellen. Die Motivation der meisten Teams wurde als sehr hoch beschrieben. Dass der Zielerreichungsgrad nicht auf Anhieb bei allen 21 Kriterien dem angestrebten Ergebnis entsprach, erscheint im Hinblick auf den sehr kurzen Implementierungszeitraum zunächst akzeptabel. Aus den gewonnenen Daten zur Standardanpassung und -einführung konnten wertvolle Empfehlungen für die Einführung von Expertenstandards gewonnen werden, die in einem gesonderten Kapitel vorgestellt werden (vgl. Abschnitt 8.3, Anforderungen an Praxiseinrichtungen zur Einführung von Expertenstandards).

7.5 Das Audit

7.5.1 Die Stichprobe

Die Erhebung der Daten bezog sich auf eine Gelegenheitsstichprobe, da es sich um eine selbstrekrutierte Gruppe handelte, bei der in Bezug auf Qualitätsaktivitäten von einer gewissen positiven Auswahl ausgegangen werden kann. Die bundesweite Verteilung der Einrichtungen und deren Auswahl aus dem Bereich aller Versorgungsstufen (Universitätsklinik, Maximal-, Regel-, Grund-, ambulante und Heim-Versorgung) erhöht ihre Aussagekraft aber erheblich. Anzumerken ist, dass der Verteilung nach Versorgungsarten und Regionen jedoch keine Verhältniswerte zur Gesamtzahl der Einrichtungen zugrunde gelegt wurden.

Am Audit haben 15 Einrichtungen teilgenommen. In 13 Einrichtungen sind die Daten von den Projektverantwortlichen erhoben worden, in einer Einrichtung von zwei internen Prozessbegleiterinnen und in einer Einrichtung von einer Pflegekraft einer anderen Station. Stations- und Bereichsleitungen haben die Erhebung durch organisatorische Hilfen wie

Bereitstellung der Pflegedokumentationen erheblich unterstützt. Für die Erhebungen bei den Patienten selbst war zudem die Mithilfe der Pflegekräfte von großer Bedeutung, da sie zusätzliche Informationen geben konnten oder halfen, die Ganzkörperinspektion bei bettlägerigen Patienten durchzuführen.

Der Zeitaufwand für das Audit wird von den Einrichtungen unterschiedlich hoch angegeben. Im Durchschnitt liegt er bei circa 30 Minuten pro Patientin (bei einer Streuung von zehn Minuten bis zu einer Stunde und 20 Minuten pro Patientin). Damit bestätigte sich die Erfahrung des Pretests, bei dem von einem ähnlichen Zeitaufwand berichtet worden war.

Vorgesehen war, in einem Zeitrahmen von vier Wochen je 40 Patienten mit einem Dekubitusrisiko zu erfassen. Dazu wurden insgesamt 1361 Patienten in die Untersuchung einbezogen. Bei 794 von ihnen war ein Risikoausschluss in der Dokumentation vermerkt oder konnte erfragt werden. Als dekubitusgefährdet wurden daher 567 Patienten (entspricht 39,7 %) eingestuft.

Das Audit-Ziel in Bezug auf die Stichprobengröße kann insgesamt als erreicht betrachtet werden, da durchschnittlich 36,4 Patienten (Spannbreite: 11 bis 79 Patienten) auditiert wurden. Dies ist ein hoher Wert, der dafür spricht, dass bei der Auswahl der Pflegeeinheiten solche mit einer hohen Zahl von Risikopatienten oder -bewohnern vermehrt vertreten waren. Fünf Einrichtungen berichteten, dass sich im vorgegeben Zeitraum keine 40 dekubitusgefährdeten Patienten auf der Pflegeeinheit befanden.

Die Personalbefragung ergab folgendes Bild. Insgesamt gingen 264 ausgefüllte Fragebögen ein. Da nur vier Einrichtungen¹ das Verhältnis der verteilten zu den erhaltenen Fragebögen mitgeteilt haben, lässt sich eine Rücklaufquote nicht ermitteln. Im Durchschnitt haben 18 Pflegekräfte (die Spannbreite liegt zwischen 5 und 38 Teilnehmerinnen) pro Einrichtung an der Befragung teilgenommen.

7.5.2 Patientenbezogene Audit-Ergebnisse

Im Folgenden werden die patientenbezogenen Ergebnisse im Überblick dargestellt, auf die im Einzelnen eingegangen wird. Dabei werden für jedes Kriterium die Zahl der von den Auditorinnen „Nicht anwendbar“ eingestuften Fälle von $n = 567$ abgezogen, so dass sich für n niedrigere Zahlen ergeben. Diese Werte sind in der Abbildung 10 jeweils einzeln angegeben und werden bei gravierenden Differenzen kommentiert. Kleine Differenzen erklären sich beispielsweise dadurch, dass Patienten während des Audits nicht körperlich untersucht werden konnten.

¹ Bei diesen Einrichtungen liegen die Werte bei 16:10, 15:15, 42:20 und 47:38 ausgegebenen zu ausgefüllten Bögen, also bis auf eine Ausnahme recht hoch. In den Kommentaren wird jedoch mehrfach der geringe Rücklauf beklagt.

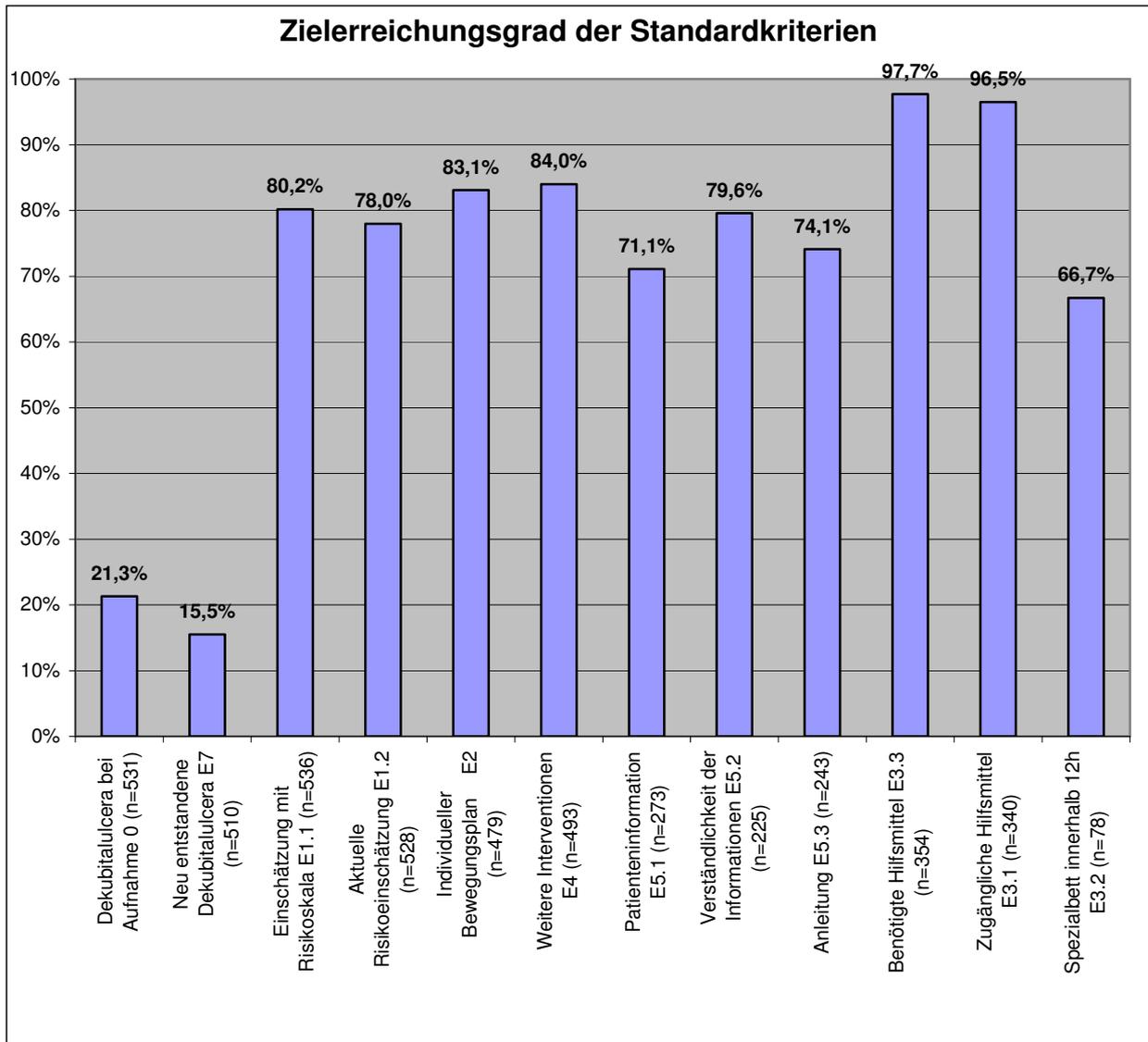


Abb. 14

- Sowohl die Zahl der vorgefundenen Dekubitalucera mit 21,3 %, als auch die der neu erworbenen mit 15,5 % sind als hoch zu bezeichnen.
- Die Verwendung der Risikoskala ist mit 80,2 % hoch. Ein individueller Bewegungsplan wird mit 83,1 % ebenfalls hochgradig angewandt. Weitere Interventionen zur Dekubitusprophylaxe finden sich zu 84 %, sind jedoch unspezifisch.
- Der Bereich Information und Anleitung von Patienten und Angehörigen ist problematisch, weil in circa 50 % bis 60 % der Fälle die Kommunikation als nicht möglich angegeben wurde, da die Patienten beispielsweise verwirrt oder beatmet waren. In der Gesamtstichprobe fühlten sich nur ein Drittel der Patienten informiert, bereinigt um die Fälle mit Kommunikationsproblemen waren es zwischen 70 % und 80 %.
- Der Hilfsmiteleinsatz ist in den Krankenhäusern insgesamt unproblematisch. Fast in allen Fällen konnten, wenn Hilfsmittel verordnet waren, diese auch eingesetzt werden. Anders verhält es sich mit dem Einsatz von Spezialbetten im Altenheim- und ambulanten

Bereich. Dort wird das Kriterium nur zu 25 % erfüllt (nicht in der Übersichtstabelle enthalten).

Betrachten wir die Audit-Ergebnisse nun differenziert. Dabei ist anzumerken, dass hohe bzw. niedrige Kriterienerfüllung nicht durchgängig einer Versorgungsart zugerechnet werden kann. Dies gilt auch für die Personalbefragung. Auf Ausnahmen wird in der Darstellung gesondert eingegangen.

E 7 Der Patient/Betroffene hat keinen Dekubitus

Die Erhebung der Anzahl der Dekubitalulcera erlaubt den für die Implementierung des Expertenstandards wertvollen Rückschluss darauf, ob die ergriffenen prophylaktischen Maßnahmen auch erfolgreich waren. Bei den anderen Kriterien ist lediglich der Grad ihrer Durchführung zu erheben. Um die erhaltenen Daten zweifelsfrei dem pflegerischen Handeln auf der Pflegeeinheit zuordnen zu können, wurde unterschieden in Dekubitalulcera, die bereits bei der Aufnahme vorhanden waren und solche, die während der Betreuung in der Pflegeeinheit entstanden sind.

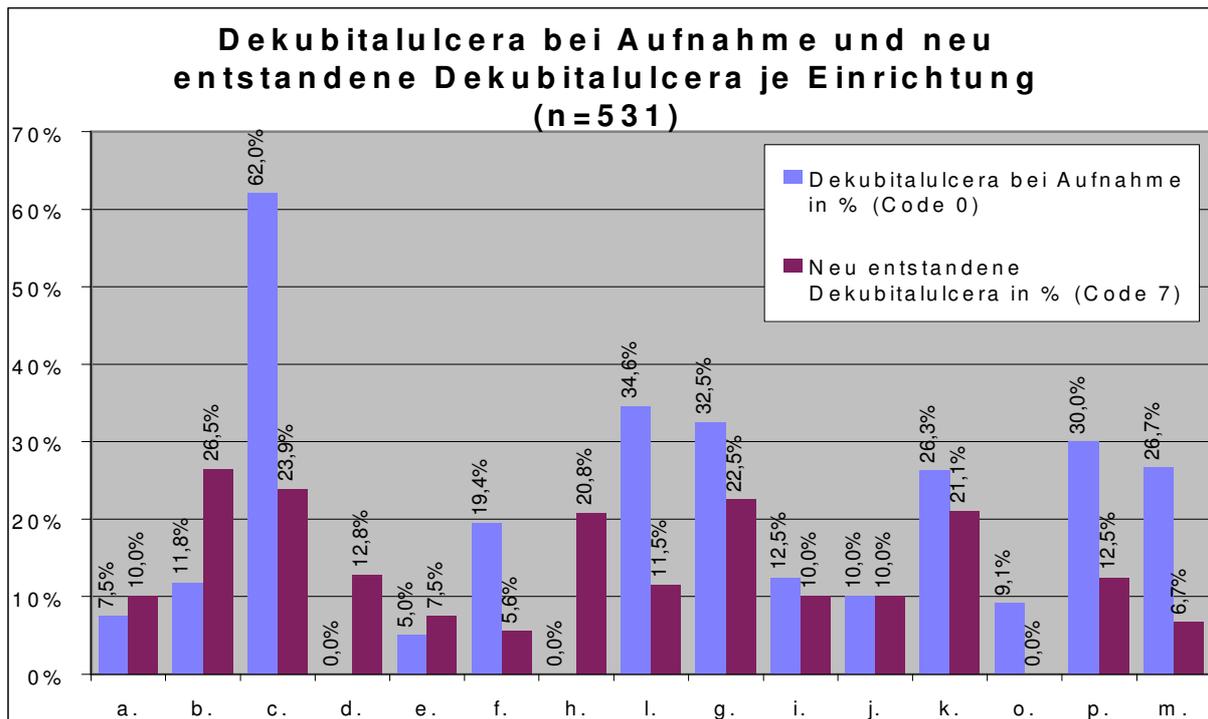


Abb. 15

Die Gesamtzahl der bei Aufnahme vorliegenden Dekubitalulcera lag bei 113 von 531 Patienten (21,3 %). Die Spannweite ist groß, da auf zwei Einheiten (Intensivstationen) bei Aufnahme kein Dekubitus (0 %) vorlag, während auf einer Einheit, in der Patienten mit erheblichen bestehenden Risiken behandelt wurden, 62 % Patienten mit vorhandenen Dekubitalulcera verzeichnet waren.

Die Prävalenz ist insgesamt als hoch zu bezeichnen. Ein beeinflussender Faktor ist möglicherweise, dass die Einrichtungen Einheiten mit hohem Dekubitusrisiko ausgewählt hatten, um die angestrebten hohen Audit-Zahlen einhalten zu können. Andererseits zeigen epidemiologische Daten, dass die Dekubitusprävalenz in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung insgesamt als hoch eingeschätzt werden muss. Eine landesweite niederländische Studie bei 14.946 Patienten zeigt eine Prävalenz von insgesamt 23,2 % (Universitätskliniken 13,2 %; allgemeine Krankenhäuser 23,3 %; Pflegeheime 32,4 %; häusliche Pflege 21,3 % und Altenheime 15,6 %) (Bours et al. 2000). Für Deutschland liegen wenig Daten vor. Eine Berliner Studie bei 1.279 post mortem untersuchten Patienten nennt 16,2 % (Troike et al. 2000). Pelka (1997) schätzt für Deutschland im Bereich geriatrischer Patienten die Dekubitusrate auf 20 % bis 30 %.

Die Gesamtzahl der neu erworbenen Dekubitalulcera liegt bei 79 von 510 Patienten, das entspricht 15,5 % bei einer Streuung von 0 % bis 26,5 %. Zehn Einrichtungen liegen zwischen 0 % und 15,8 %. Es sind also deutlich weniger Dekubitalulcera neu entstanden als bereits vorhanden waren, wenngleich der Wert immer noch als hoch bezeichnet werden muss. Allerdings ist der Schweregrad der Dekubitalulcera gering. Die in den Audit-Erhebungsbögen abgegebenen Kommentare machen deutlich, dass es sich bei den erworbenen Dekubitalulcera ausschließlich um die Schweregrade 1 und 2 handelt, während bei den vorliegenden auch Grad 3 und 4 verzeichnet wurde. Ebenso wurde durch die Kommentare deutlich, dass ein gewisses Erhebungsartefakt entstanden war, indem Patienten, die sich lange auf der Station befanden, mehrfach auditiert wurden und Unsicherheiten entstanden waren, ob ein neu entstandener Dekubitus dann auch mehrmals gezählt werden müsste. Grundsätzlich ist dazu zu sagen, dass ein Dekubitus nur einmal als neu entstanden gezählt werden sollte, so dass bei einem zweiten Audit bei denselben Patienten auch nur ein weiterer neu erworbener Dekubitus gezählt werden würde. Um Missverständnisse zu vermeiden sollten jedoch in Zukunft alle Patienten nur einmal auditiert werden, da ein erheblicher Dokumentationsaufwand entstünde, wenn zusätzlich die Namen der Patienten, Zeitpunkt und Lage des Dekubitus extra erfasst werden müssten.

Ein weiterer Umstand ist bemerkenswert: Fünf Pflegeeinheiten liegen bei 20 % und mehr neu entstandener Dekubitalulcera (26,5 %; 23,9 %; 20,8 %, 22,5 %; 21,1 %). Vier dieser Einheiten betreuen operierte Patienten, eine Einheit internistische Patienten mit erhöhtem Risiko. Damit weisen nach den vorgelegten Daten Patienten nach einer Operation ein besonders hohes Dekubitusrisiko auf. Diese Daten sind allerdings wegen der kleinen Stichprobe mit Vorsicht zu betrachten. Unterstützt werden sie durch die bereits erwähnte Untersuchung von Bours et al. (2000, S. 45ff), die für operierte Patienten eine erheblich höhere Dekubitusprävalenz angibt als im Durchschnitt ihrer Stichprobe (vgl. zum Thema auch Strunk/Osterbrink 1989; Osterbrink/Strunk 1990).

Insgesamt ist zu den Daten zu sagen, dass sich – bei aller Begrenztheit der Stichprobe – die Beurteilung des Dekubitusrisikos als eines der großen gesundheitlichen Risiken der Bevölkerung bestätigt. Ebenso liegt in den untersuchten Einrichtungen ein Ergebnis vor, das

auf die Effektivität der Dekubitusprophylaxe hinweist. Das gilt sowohl für die Anzahl der Dekubitalulcera, die gegenüber dem Stand bei der Aufnahme auf die Pflegeeinheit um 5,8 %punkte niedriger ausfallen, als auch für den Schweregrad, der bei den neu auftretenden Dekubitalulcera deutlich niedriger ausfällt (Grad 1 & 2 gegenüber 1 bis 4). Damit ist allerdings lediglich ein Trend abzusehen. Genaue Auskünfte zur Qualitätsentwicklung würde ein erneutes Audit nach den auf dem ersten Audit beruhenden Verbesserungsmaßnahmen geben können.

E 1 Eine aktuelle, systematische Einschätzung der Dekubitusgefährdung liegt vor

Bei allen als dekubitusgefährdet eingestuften Patienten soll laut Standard zu Beginn der pflegerischen Versorgung und dann in festgelegten Abständen eine Einschätzung des Dekubitusrisikos mittels einer von der Einrichtung festzulegenden Risikoskala erfolgen. Bei 531 Patienten der Gesamtstichprobe konnte ein Dekubitusrisiko nicht sicher ausgeschlossen werden, so dass das Risiko einzuschätzen war.

Bei 430 von 536 Patienten, also 80,2 %, liegt zeitnah eine Einschätzung des Dekubitusrisiko mittels einer Risikoskala vor. Das ist in absoluten Zahlen der höchste Einzelwert des gesamten Audit für ein Item. Der niedrigste Wert liegt bei 26,3 %, der höchste bei 100 %. Neun von 15 Einrichtungen liegen zwischen 80 % bis 100 %.

Auch die Aktualisierung der Risikoeinschätzung liegt ähnlich hoch. Hier sind es 412 von 528 Patienten, das sind 78 %. Die Streuung ist hier breiter, von 15,8 % bis zu 100 %. Bei den neun hoch liegenden Einrichtungen variieren die Prozentzahlen zwischen 76,3 % und 100 %. Die Risikoeinschätzung mittels einer Skala, die in den Einrichtungen teilweise neu eingeführt wurde, kann als weitgehend gelungen gelten. Vereinzelt traten gleichwohl Probleme auf. So wurde in zwei Einrichtungen die Eignung der Skala kritisch diskutiert, während in einigen Einrichtungen zwar die Ersteinschätzung vorgenommen war, aber ein Folgetermin nicht festgelegt war, so dass es Probleme gab, die Aktualisierung zu bewerten.

E 2 Ein individueller Bewegungsplan liegt vor

Die Notwendigkeit eines individuellen Bewegungsplans, der Auskunft über aktive und passive bewegungsfördernde Maßnahmen gibt, ist vom Ergebnis der Risikoeinschätzung abhängig. In den Fällen, in denen die Einschätzung ein geringes Risiko ermittelt hatte, musste kein individueller Bewegungsplan vorliegen. Ein nur geringes Risiko lag bei 61 Patienten vor. Für höhergradig gefährdete Patienten ist die Erarbeitung eines individuellen Bewegungsplanes jedoch notwendig. Aus den Daten der Erhebung wird ersichtlich, dass von 479 betroffenen Patienten mit erhöhtem Risiko bei 398 Patienten (83,1 %; Spannweite: 33,3 bis 100%) ein solcher Bewegungsplan ausgearbeitet wurde. Auch in Bezug auf dieses Kriterium des Expertenstandards ist also ein hohes Niveau an Pflegehandeln zu

verzeichnen. Vielfach dürfte dies bereits in sichere Handlungsrountinen eingebettet sein, da nicht-individuelle Bewegungs- bzw. Lagerungspläne auch vor der Einführung des Standard in den meisten Einrichtungen vorhanden waren.

E 3 Der Patient/Betroffene befindet sich unverzüglich auf einer für ihn geeigneten druckreduzierenden Unterlage, druckreduzierende Hilfsmittel werden unverzüglich angewendet

Reichen sowohl aktive als auch passive bewegungsfördernde Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe nicht mehr aus, so sind druckentlastende Interventionen angezeigt, für die zahlreiche Hilfsmittel von einfachen Kissen bis zu komplexen Spezialbetten eingesetzt werden können. Zu diesem Kriterium wurden drei Items erhoben. Relevant sind die Fälle, in denen Hilfsmittel vorgesehen waren. Das war bei 354 Patienten der Fall. Im Vergleich zu der Gesamtzahl von 567 Patienten benötigen 62,4 %, also circa zwei Drittel der Patienten, Hilfsmittel. Als solche werden insbesondere erwähnt: Decken, Kissen, Gelkissen sowie Spezialmatratzen. Das ist ein recht hoher Wert, der auf ein seitens des Pflegepersonals als hoch eingeschätztes Dekubitusrisiko schließen lässt. Betrachtet man die Zahl der tatsächlich eingesetzten Hilfsmittel, so finden sich diese bei 346 Patienten, das sind 97,7 % derer, bei denen ein solches vorgesehen war. Ähnlich verhält es sich bei der Frage nach der Zugänglichkeit der Hilfsmittel. Bei 340 verordneten Fällen waren die Hilfsmittel in 328 Fällen sofort zugänglich, das entspricht 96,5 %. Nicht erfüllt wurden diese Kriterien zum Teil im Altenheim- und ambulanten Bereich, und zwar zwischen 10 % und 26,7 %.

Differenzierter stellt sich die Zugänglichkeit bei den Spezialbetten dar, die getrennt erhoben wurde. Es wurden 78 Spezialbetten benötigt. Das entspricht 13,8 % der Fälle. Davon waren 52 (66,7 %), das sind zwei Drittel der benötigten Betten, innerhalb von zwölf Stunden zugänglich. 19 der 26 nicht zeitnah zugänglichen Betten wurden im Altenheimbereich oder in der ambulanten Pflege benötigt, während dort nur sieben Betten zeitnah eingesetzt werden konnten. Im Krankenhausbereich konnten 45 Betten zur Verfügung gestellt werden, nur in sieben Fällen war dies nicht möglich. Erfüllt wurde das Kriterium im Krankenhausbereich also zu beinahe 90 %, während dies im Altenheimbereich und in der ambulanten Pflege mit 7 von 26 Betten nur zu circa 25 % der Fall war. Hier liegt eindeutig ein strukturelles Problem dieses Bereiches vor, für das in Kommentaren auf umständliche Genehmigungs- und Beschaffungsprozeduren verwiesen wurde.

E 4 Die durchgeführten Interventionen zu den Risikofaktoren sind dokumentiert

Bewegungsförderung und Druckentlastung stellen die spezifischen Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe dar. Daneben gelten weitere Interventionen wie das Wiederherstellen eines natürlichen Hautmilieus oder eines guten Ernährungszustandes als flankierende prophylaktische Maßnahmen. Bei 493 Patienten (84 %) sind weitere Interventionen zu

Risikofaktoren verzeichnet. Die Streuung reicht von 23,5 % bis 100 %. In den Audit-Protokollen erscheint am häufigsten im Kommentar: Dauerkatheter, Hautpflege, Intimpflege, Ernährung, Bilanzierung bzw. gezielte Flüssigkeitsgabe/Infusionstherapie, gelegentlich auch der Bereich der Schmerztherapie, der Verbesserung des Hautzustandes, der Kontinenz und des Ernährungszustandes stehen im Vordergrund. Dieser Punkt liegt ähnlich hoch wie Risikoeinschätzung und Bewegungsplan. Erhebungsmethodisch ist anzumerken, dass nicht festgestellt werden konnte, ob zum Beispiel Maßnahmen zur Verbesserung des Hautzustandes per se oder als Dekubitusprophylaxe durchgeführt wurden.

E 5 Der Patient/Betroffene und seine Angehörigen kennen die Ursachen der Dekubitusgefährdung sowie die geplanten Maßnahmen und wirken auf der Basis ihrer Möglichkeiten an deren Umsetzung mit

Information von Patienten und deren Angehörigen über das Dekubitusrisiko und die Anleitung der Angehörigen zur Dekubitusprophylaxe gelten als ein wesentlicher Schritt patientenorientierter Pflege zur Kompetenzförderung. Es gilt als gesichert, dass angemessen informierte und angeleitete Patienten erheblich zur Reduktion eines Dekubitusrisikos beitragen können. Zu diesem Kriterium wurden drei Items erhoben (vgl. Audit-Fragebogen für Patienten im Anhang; Items E 5.1 bis E 5.3), deren Auswertung folgendes Ergebnis zeigte: informiert wurden 194 (34,2 %) von 567 Patienten, verständlich fanden diese Informationen 179 (31,6 %) und zur Prophylaxe angeleitet fühlten sich 180 (31,7 %) Patienten. Dieser Wert ist deutlich niedriger als in den anderen Items. Auffällig ist nun die hohe Zahl der Angabe "nicht anwendbar". Sie liegt bei 267 (47,1 %) für das Item E 5.1, 315 (58,3 %) für das Item E 5.2 und 297 (52,4 %) für das Item E 5.3. Als Gründe für die Einstufung als „nicht anwendbar“ bieten die zahlreichen Kommentare auf den einzelnen Auditbögen der Patienten sowie die Berichte der Projektverantwortlichen eine ergiebige Datenquelle - wobei allein schon die hohe Zahl der Kommentare auf einen Problembereich hinweist. In den Kommentaren wird vielfach angegeben, dass die Patienten verwirrt oder aphasisch waren, kein Deutsch sprechen und/oder verstehen konnten, nach einer Narkose somnolent, intubiert oder beatmet waren oder auch, dass bei lebensbedrohlichen Zuständen ein Gespräch über das Dekubitusrisiko nicht angemessen erschien. In zwei Fällen wurde von Ängsten der Patienten gegenüber der Befragung berichtet. Ebenfalls wurde vermerkt, dass Angehörige nicht anzutreffen waren, um sie ersatzweise zu befragen.

Zieht man nun die Zahl der Patienten, bei denen eine angemessene Information und Anleitung nicht möglich erschien, von der Gesamtzahl der Patienten ab, so liegt der Prozentsatz derjenigen Patienten, die sich informiert fühlten, bei 71,1 %. 79,6 % der Patienten haben diese Informationen als verständlich empfunden und 74,1 % erhielten eine Anleitung zur Eigenprophylaxe.

Die Notwendigkeit, bei der Beurteilung der Information und Anleitung der Patienten insbesondere auch die Anwendbarkeit einer solchen Maßnahme zu berücksichtigen, zeigt

auch die Auswertung der fünf Intensiv- und Post-OP-Stationen. Hier gaben lediglich 40 von 207 (19,3 %) Patienten an, informiert worden zu sein. Das weist auf die oben beschriebene Problemlage hin, da insbesondere auf diesen Stationen bei einer Vielzahl von Patienten dieses Item als „nicht anwendbar“ gewertet werden muss.

Insgesamt zeigt die Auswertung der Items E 5.1 bis E 5.3, dass der Bereich „Information und Anleitung von Patienten und Angehörigen“ noch als problematisch gelten kann. Nach Aussage der Projektbeauftragten ist die Einbeziehung von Patienten und deren Angehörigen für viele der beteiligten Pflegeeinheiten noch nicht selbstverständlich.

E 6 Die Dekubitusgefährdung und die notwendigen Maßnahmen sind allen an der Versorgung des Patienten/Betroffenen bekannt

Patienten im Akutbereich verbringen erhebliche Zeiten außerhalb der Pflegeeinheit, z. B. in diagnostischen oder Operationsabteilungen. Da die Kontinuität bei der Durchführung prophylaktischer Maßnahmen ein entscheidendes Effektivitätskriterium ist, erhöht eine Unterbrechung der prophylaktischen Maßnahmen bei einem Aufenthalt der Patienten außerhalb der Pflegeeinheit das Dekubitusrisiko beträchtlich. Das Item "Es gibt verbindliche Anweisungen, die die Fortführung der dekubitusprophylaktischen Maßnahmen über Zuständigkeitsgrenzen des Pflegeteams hinaus (z. B. im Röntgen) sicherstellen" wurde nur einmal pro Einrichtung erhoben. Acht von fünfzehn Einrichtungen antworten mit nein, fünf mit ja, wobei eine Einrichtung bemerkt, dass dies nicht in allen Funktionsbereichen des Hauses gewährleistet sei. Zwei Einrichtungen haben die Frage nicht beantwortet. Das Ergebnis von nur einem Drittel Kriterienerfüllung muss als niedrig eingeschätzt werden. Hier besteht Handlungsbedarf.

7.5.3 Personalbezogene Audit-Ergebnisse

Fortbildungen stellen das Hauptinstrument für die Kompetenzerhaltung und -erweiterung von Mitarbeiterinnen dar. Daher erscheint die Frage nach dem Fortbildungsbedarf beziehungsweise nach der Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen geeignet, um Hinweise auf die Selbsteinschätzung bezüglich der eigenen Kompetenz zu erhalten.

Von den teilnehmenden Mitarbeiterinnen gaben durchschnittlich 44 % (die Streuung liegt zwischen 34,1 % und 52,3 %) an, in den letzten 24 Monaten Fortbildungsmaßnahmen zu den Themen der Dekubitusprophylaxe besucht zu haben. Dieser Wert ist insbesondere deshalb als hoch einzuschätzen, weil die Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen in den Einrichtungen nicht verpflichtend war. Auch der Standard verlangt nur das Vorhandensein der Kompetenz, nicht die verbindliche Teilnahme an Fortbildungen. In der Auswertung dieses Punktes wurde deutlich, dass sich die Projektaktivitäten – d. h. die Implementation des Standards – bezüglich der Fortbildungsaktivitäten in der Regel positiv ausgewirkt haben.

Aus der Personalbefragung wird nun ersichtlich, wie viele Mitarbeiterinnen nach der Teilnahme an den angebotenen Fortbildungen noch einen weiteren Fortbildungsbedarf für sich sehen (siehe nachfolgende Abbildung).

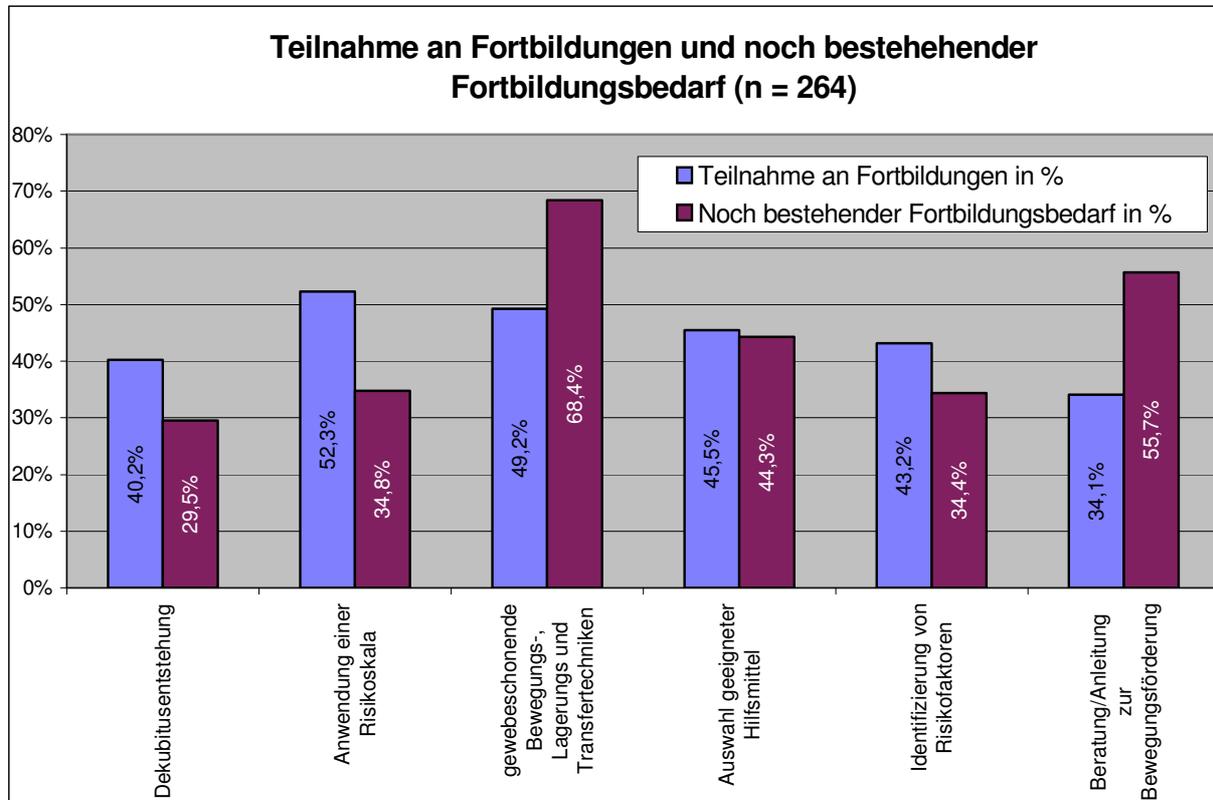


Abb. 16

Circa 45 % der Befragten gaben einen weiterhin bestehenden Fortbildungsbedarf an. Am höchsten liegt der Bedarf an Fortbildung zu Mobilisierungstechniken (68,4 %), gefolgt von Fortbildungen zu Beratung und Anleitung zur Bewegungsförderung (55,7 %). Bezüglich der Auswahl geeigneter Hilfsmittel liegt der Fortbildungsbedarf mit 44,3 % ebenfalls recht hoch, während in Bezug auf die Anwendung der Risikokala (34,8 %) sowie in Bezug auf weitere Risikofaktoren (34,4 %) ein geringerer Bedarf besteht. Die Dekubitusentstehung scheint den meisten Mitarbeiterinnen ausreichend bekannt zu sein – hier gaben nur 29,5 % der Befragten noch einen Bedarf an Fortbildungen an.

Bedenkt man die Anzahl der zeitnah durchgeführten Fortbildungen, an denen im Durchschnitt 44% der Befragten teilgenommen haben, erscheint der weitere Fortbildungsbedarf insgesamt als sehr hoch. Das ist in der Gesamtbetrachtung unabhängig von der Frage zu sehen, ob bei Teilnehmerinnen an Fortbildungsmaßnahmen weiterer Fortbildungsbedarf besteht oder ob der Bedarf sich aus den Reihen der Nichtteilnehmerinnen, die ja die absolute Mehrheit stellen, ergibt. Handlungsbedarf besteht – und das ist nicht überraschend – insbesondere bei den innovativen Themen gewebeschonender Mobilisierung sowie Beratung und Anleitung von Patienten und Angehörigen. Die Einschätzung der Befragten deckt sich im Punkt Mobilisierungstechniken mit der der Projektverantwortlichen, während diese den Bedarf an Fortbildung für die

Themen Dekubitusentstehung und Risikoskala höher, den zum Thema Beratung und Anleitung hingegen niedriger als die Pflegekräfte einschätzen. Im Einzelnen stellen sich die Ergebnisse wie folgt dar:

Fortbildung zur Dekubitusentstehung

40,2 % der Befragten haben an Fortbildungen zum Thema Dekubitusentstehung teilgenommen. Die Spannbreite ist erheblich, von 5,3 % bis 100 %. In sechs Einrichtungen liegt die Teilnahme zwischen 70 % und 100 %. Dem stehen sechs Einrichtungen mit einer Teilnahme von unter 25 % gegenüber.

Bestehender Fortbildungsbedarf wird zu 29,5 % gesehen. Zwölf Einrichtungen liegen zwischen 10 % und 33,3 %, zwei bei 40,0 % bzw. 45,5 % und ein "Ausreißer" bei 93,3 %. Das heißt, dass von einem Sockel von circa 30 % Fortbildungsbedarf ausgegangen werden kann. In der Relation zu den anderen Fortbildungsthemen ist es ein niedriger, absolut ein recht hoher Wert, wenn man bedenkt, dass das Thema Dekubitus ein Standardthema von Aus- und Fortbildungen ist.

Fortbildung zur Anwendung einer Risikoskala

52,3 % der Befragten haben an Fortbildung zum Thema Anwendung einer Risikoskala teilgenommen, der höchste Teilnahmegrad aller Fortbildungsthemen. Auch hier ist die Streuung erheblich, von 5,3 % bis 100 %. Sechs Einrichtungen liegen unter 45 %, neun zwischen 50 % und 100 %.

Der Fortbildungsbedarf wird mit 34,8 % angegeben. Hier liegen zwölf Einrichtungen zwischen 10 % (niedrigster Wert) und 43 %, also auch hier eine recht homogene Verteilung. Bedenkt man, dass die Verwendung von Risikoskalen nicht überall gängige Praxis ist, erscheint der Wert im Vergleich zum Item Dekubitusentstehung nicht sonderlich hoch, wengleich ein gewisser Handlungsbedarf ersichtlich wird. Erinnerung sei daran, dass die Pflegekräfte in fast 80 % der auditierten Fälle mit einer Risikoskala gearbeitet haben. Der geäußerte Fortbildungsbedarf kann also als realistisch eingeschätzt werden.

Fortbildung zu gewebeschonenden Bewegungs-, Lagerungs- und Tranfertechniken

49,2 % der Befragten haben an Schulungen zu Mobilisierungstechniken teilgenommen, wobei nur vier Einrichtungen unter 30 % liegen, während neun Einrichtungen auf über 50 % kommen. Es kann also von einer überwiegend hohen Beteiligung ausgegangen werden.

Der Fortbildungsbedarf ist mit 68,4 % (höchster Einzelwert) hoch. Der niedrigste Wert beträgt 31,6 %, der höchste 93,3 %, dreizehn Einrichtungen liegen über 50 %. Damit haben in jedem Fall auch von den Befragten noch einige Fortbildungsbedarf, die bereits an Fortbildungsmaßnahmen teilgenommen haben. Erklärlich wird der hohe Bedarf, da mit der Anforderung gewebeschonender Mobilisierungstechniken neue, in der Ausbildung in der Regel nicht gelehrt Methoden wie Kinästhetik verlangt werden. Hier besteht also massiver Handlungsbedarf.

Fortbildung zur Auswahl geeigneter Hilfsmittel

Die Teilnahme an Fortbildungen zur Hilfsmittelauswahl liegt mit 45,5 % durchschnittlich hoch. Vier Einrichtungen liegen unter 20 %, acht bei 60 % bis 100 %.

Andererseits ist der weiterbestehende Bedarf mit 44,3 % recht hoch, nur zwei Einrichtungen liegen unter 20 %. Es besteht deutlicher Handlungsbedarf, zumal der Hilfsmiteinsatz ein gängiges Thema von Aus- und Fortbildungen bis hin zu Angeboten auf Krankenhausmessen ist. Zudem wurden Hilfsmittel bei zwei Drittel der auditierten Patienten verwendet, so dass von einer realistischen Einschätzung ausgegangen werden kann.

Fortbildung zur Identifizierung von weiteren Risikofaktoren

Auch hier liegt die Teilnahme von 43,2 % der Befragten im Durchschnitt der Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen. Drei Einrichtungen liegen unter 20 %, neun bei 40 % bis 100%. Fortbildungsbedarf wird von 34,4 % der Befragten gesehen, er liegt also deutlich niedriger als beim Item Hilfsmittelauswahl. Zehn Einrichtungen liegen zwischen 23,7 % und 42,4 %, die Verteilung ist also weitgehend nahe am Durchschnitt. Vermutlich wirkt sich die relative Unspezifität des Items so aus, dass von den Befragten der Bedarf geringer eingestuft wird als bei den unmittelbar handlungsrelevanten Themen. Diese Vermutung kann aus den Projektdaten jedoch nicht erhärtet werden, muss also mit Vorsicht betrachtet werden.

Fortbildung zur Beratung/Anleitung von Patienten und Angehörigen

Die Teilnahme an Fortbildungen zum Thema „Beratung und Anleitung“ beträgt 34,1 %. Die Streuung ist breit und reicht von 7,7 % bis zu 100 %, wobei fünf Einrichtungen bei über 50 % liegen. Es ist mit Abstand der niedrigste Wert aller Themen. Dabei ist nicht davon auszugehen, dass das Thema erschöpfend behandelt ist, denn Beratung ist ein bislang vernachlässigtes Feld der Pflege, wie jüngst durch eine Literaturstudie belegt wird (Müller-Mundt et al. 2000).

Dies wird auch eindringlich durch den angegebenen Fortbildungsbedarf deutlich, der mit 55,7 % den zweithöchsten Einzelwert aufweist. Dabei geben nur zwei Einrichtungen einen Bedarf von weniger als 40 % der Befragten an, während bei sieben Einrichtungen der Bedarf bei 60 % und mehr besteht. Betrachtet man zusätzlich die Ergebnisse der Patienten- und Angehörigenbefragung, aus denen deutlich wird, dass eine Beratung/Anleitung bei über 50 % der Betroffenen "nicht anwendbar" war, so ist der Handlungsbedarf offensichtlich.

7.5.4 Zusammenfassende Einschätzung zum Audit-Instrument

Das zur Einführung des Expertenstandards durchgeführte Audit ist bundesweit das erste dieser Art. Daher erscheint es angemessen, nach den Erfahrungen des Pilotprojektes eine Bewertung des Audit-Instrumentes vorzunehmen, die im folgenden stichwortartig aufgliedert ist:

- Die Aussagekraft des Audit in Bezug auf die Erfüllung der Standardkriterien ist hoch zufriedenstellend.
- Das Format des Instrumentes mit den beiden getrennten Teilen Personalbefragung einerseits sowie Dokumentenanalyse und Patientenbefragungen andererseits hat sich bewährt.
- Die Zahl von 40 auditierten Patienten pro Einrichtung ist hoch, aber erreichbar, so dass sie als Richtgröße für Pflegeeinheiten mit einer großen Zahl von Risikopatienten beibehalten werden kann.
- Der zeitliche Aufwand für die Auditierung sollte gesenkt werden. Einerseits hilft die Routinisierung des Audits, andererseits müssen Formen entwickelt werden, Audits ohne zahlreiche Telefonate und Verabredungen sowie Suche nach Dokumenten durchführen zu können. Hilfreich könnte es sein, das Audit beispielsweise durch Kolleginnen eines benachbarten Bereiches durchführen zu lassen.
- Mehrfachaudits bei ein- und denselben Patienten können zu Missverständnissen führen, daher sollte in Zukunft darauf verzichtet werden.
- Das Kriterium "Weitere Interventionen zu Risikofaktoren" erscheint für das Audit-Instrument verzichtbar, da es nur unspezifisch erhoben werden konnte. Das betrifft nicht die Gültigkeit dieses Kriteriums als Standardkriterium. Es wäre jedoch ein hoher Aufwand, bei jeder Hautpflege- oder Kontinenzfördermaßnahme extra zu dokumentieren, dass dies zur Dekubitusprophylaxe geschehen ist.
- Die Selbsteinschätzung der Pflegekräfte in Bezug auf Kompetenz erscheint ausreichend zuverlässig, da auch dann, wenn man eine positive Einschätzung unterstellt, erheblicher und auch differenzierter Fortbildungsbedarf geäußert wurde. Es gibt im übrigen keinen Hinweis auf positiv verzerrte Kompetenzeinschätzung.
- Bei der Benutzung des Fragebogens sollten Möglichkeiten gesucht werden, den Rücklauf zu erhöhen, zum Beispiel durch persönliches Austeilen und Einsammeln der Bögen bei Wahrung der Anonymität.