

ÜBERSICHT DER AKTUALISIERUNG DES EXPERTENSTANDARDS „DEKUBITUSPROPHYLAXE IN DER PFLEGE 2010“

© Gaby Ungethüm

Gesundheits- und Krankenpflegerin

Akademische Expertin Kontinenz und Stomaberatung, Wundexpertin ICW

Case Managerin, Pflegeberaterin

Begründung der Zielsetzung

DNQP 2010, (tabellarische Darstellung)

2

Ein Dekubitus gehört zu den gravierenden Gesundheitsproblemen pflegebedürftiger Patienten und Bewohner. Das vorhandene Wissen zeigt, dass das Auftreten eines Dekubitus weitgehend verhindert werden kann.

Ausnahmen sind in pflegerischen oder medizinischen notwendigen Prioritätensetzung oder im Gesundheitszustand der Patienten/ Bewohner begründet.

Begründung der Zielsetzung

(DNQP 2010, tabellarische Darstellung)

3

Von herausragender Bedeutung sind:

- Systematische Risikoeinschätzung
- Schulung von Patienten u. Angehörigen
- Bewegungsförderung
- Druckentlastung/ Druckverteilung
- Kontinuität in der Versorgung
- Evaluation der prophylaktischen Maßnahmen

Ursache zur Entstehung

4

- **Bislang:**
 - Faktor Druck x Zeit
 - Feuchtigkeit
 - Aktivität
 - Mobilität
 - Ernährungsstatus
 - Reibungs- und Scherkräfte
- **Neu:**
 - die Höhe des Druckes ist entscheidend, der Zeitfaktor ist relativ
 - immer in Kombination mit Reibungs- und Scherkräfte
 - bisherige Risikofaktoren werden zu „begünstigenden Faktoren“

Pathophysiologie

5

Bislang: Kaskade der Entstehung

- Dauer der Druckeinwirkung
- Ischämie
- Metabolische Azidose
- Endothelschädigung
- Oedembildung
- Diffusionsstörung
- Stoffwechseleränderung
- Absterben von Zellen = Dekubitus

Pathophysiologie

6

- **Neu:**
 - Höhe des Druckes ist entscheidend
 - der Zeitumfang ist relativ, 20 Min. können u.U. schon ausreichend sein
 - jede einzelne Zelle wird durch den Druck geschädigt oder zerstört
 - Muskel u. Fettgewebe reagieren empfindlicher als die Oberhaut
 - die Oberhaut toleriert mehr Druck = hat keine eigene Blutversorgung
 - Entstehung in der Tiefe bei intakter Haut möglich – Hautbeobachtung!!!!
 - neue Begriffe: Druckverteilung – Druckentlastung
 - Umdenken in der Auswahl der Hilfsmittel
 - Beispiel: 2 Std. Normalmatratze – 4 Std. viskoelastische Matratze

Ursachen der Zellzerstörung

7

- mechanische Zerstörung führt zur Deformation von Zellskelett u. Zellmembran
- Ischämie u. gestörter Lymphfluss führen zu Nährstoffmangel, Hypoxie, Anreicherung von Stoffwechselprodukten
- Reperfusionstörung – freigesetzte freie Radikale verursachen Entzündungsreaktionen
- Gewebsnekrosen – Veränderung der mechanischen Gewebeeigenschaften schädigen umliegende Zellen = „Domino Effekt“
- Trauma/ Thrombose – Gewebeschädigung durch Scherung, Folgen sind Nekrosen

zwei Modelle der Dekubituserstehung nach dem Expertenstandard:

1. das Innen-nach-außen-Modell
2. das Außen-nach-innen-Modell
3. das Mittemodell (nach Kottner)

Studienlage nicht eindeutig, individuell sehr unterschiedlich, abhängig von vielen Faktoren

Druckentlastung – Druckverteilung?

9

- neue Begrifflichkeit
- Auswirkung auf Risikoeinschätzung und Auswahl der Hilfsmittel
- „Hoher Druck für kurze Zeit schädigt das Gewebe mehr als langeinwirkender niedriger Druck“
 - (Die Schwester Der Pfleger 10/11, S. 946)
- flächiger, niedriger Druck wird gut toleriert
- kein Hilfsmittel ersetzt die Positionsänderung
- fälschlicherweise wird Sitzen als Prophylaxe oder Entlastung gesehen (hoher Druck auf kleiner Fläche!!)
- bekannte Prädilektionsstellen behalten ihre Bedeutung
- Definition der Beurteilungskriterien:
 - Aktivität: von einem Ort zum anderen
 - Mobilität: an einem Ort die Körperposition ändern
 - Externe Risikofaktoren: Sonden, Katheter, Schienen, Verbände usw.

Risikoskala

10

- **Bislang:**
 - Empfehlung einer der bekannten Risikoskalen, wie Braden, Waterloo oder Norton
 - Maßnahmen an Risikoeinstufung gebunden
- **Neu:**
 - als Empfehlung gestrichen
 - unzuverlässige Aussagen – keine der Risikoskalen kann die 100 bekannten Risikofaktoren vollständig erfassen
 - kein Beleg der Wirksamkeit
 - Risikostufen – niedrig – sehr hoch = fragliche Relevanz für die Praxis?
 - Punktwert lässt keinen Rückschluss auf die einzelnen Risikofaktoren und die daraus resultierenden Maßnahmen zu

Risikoskala

11

- Klinische Einschätzung und Hautinspektion durch die Pflegefachkräfte ist aussagekräftiger!
- individuelle Lösungen werden möglich = Risiko benennen = gezielte Maßnahmen wählen
- Vorgehen:
 - Initiale Einschätzung:
 - Aktivität – von einem zum anderen Ort
 - Mobilität – Körperposition verändern
 - externe Risikofaktoren – Schienen, Sonden usw.
 - Differenzierte Einschätzung bei vorliegendem Risiko
 - individuelle Beurteilung
 - Hautinspektion
 - Entstehungsursache klären
 - individuelle Maßnahmen planen

Beispiel: Braden Skala

12

- Maßnahmen werden an das Risiko gekoppelt
- Punktwert alleine hat keine Bedeutung
- Dokumentation: „Versorgung nach Standard“ ist nicht ausreichend – Individualität ist gefragt
- initiale Einschätzung bei jedem Patienten ohne Anwendung der Skala
- bei vorhandenem Risiko differenzierte Einschätzung mit der Risikoskala
- Wiederholungsrythmus festlegen, z.B. 1x wöchentlich und/oder bei Veränderungen

Hautinspektion

13

- Hautinspektion zu Beginn und im Verlauf des pflegerischen Auftrags
- Interpretation des Sichtbefundes:
 - Mazeration
 - Dekubitus
 - Wunden
 - Oedem
 - Hämatom
 - Nekrose
 - Narben
- der Fingertest bei vorhandener Rötung als Kontrollinstrument
- regelmäßige, nachvollziehbare Dokumentation der Ergebnisse, auch bei intakten Hautverhältnissen!!

Klassifikation eines Dekubitus

14

- Empfehlung der Klassifikation nach NPUAP oder EPUAP
- Stadium – Grad – Kategorie – Stufe?
- fälschliche Rückstufung nach Abheilung
- Narbengewebe = hohes Risiko bleibt
- Dokumentation und Information an alle Beteiligten
- Arzt und/oder pflegerischen Experten hinzuziehen

- Übungsplattform:
<http://www.epuap.org/pressure-ulcer-research/puclastool>

Identifikation eines Dekubitus

15

- Wundtyp ermitteln:
 - „Zwei Drittel der „Dekubitalulcera“ werden falsch identifiziert“
- Mazeration – Hautabschürfung – Dekubitus?
- Dekubitus unter intakter Haut möglich
- Entstehungsverlauf klären
- Lokalisation – Wundumgebung – Wundgrund
- Prädilektionsstellen behalten ihre Bedeutung
- Wundbeschreibung: nach den Vorgaben des Expertenstandards „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“
- Diagnose: Dekubitus = Bestätigung durch den Arzt

Ernährung, Hautpflege, Inkontinenz

16

- **Bislang:**
 - wurden sie als Risikofaktoren gesehen
 - Maßnahmen zur Optimierung zählten zur Dekubitusprophylaxe

- **Neu:**
 - neue Erkenntnisse der Pathophysiologie schließen sie als Risikofaktoren aus
 - nicht Ursache aber begünstigende Faktoren
 - zählen zu den allgemein pflegerischen Maßnahmen
 - verbessern den Allgemeinzustand des Patienten

Hautpflege und Hautschutz

17

- es gibt kein Hautpflegeprodukt, das einen Dekubitus verhindern könnte
- ein Zuviel an Lotion oder gar das gut gemeinte „kräftige Einreiben/massieren“ der gefährdeten Hautpartie ist kontraproduktiv
- Hautbeobachtung und Dokumentation des Verlaufs ist der beste Hautschutz
- Ziel:
 - geschädigte Haut in der Regeneration unterstützen
 - adäquater Schutz vor Mazeration
 - Schutz der Haut vor Scher- u. Reibungskräften
 - besondere Problematik der „Altershaut“ beachten

Ernährung

18

- Grundlage ist der Expertenstandard zum Ernährungsmanagement
- Kriterium in der Bradenskala
- gefragt werden nicht die Nährstoffe, sondern die Menge der aufgenommenen Nahrung
- Ernährungsscreening muss zusätzlich erfolgen
- Durch Mangelernährung entsteht kein Dekubitus, ist aber ein begünstigender Faktor für:
 - Reduzierung der Aktivität und Mobilität
 - vermutliche Reduzierung der Gewebetoleranz
 - Abbau der Dicke der Gewebeschichten
 - Übergewicht – Untergewicht - Wer ist mehr gefährdet?

Transfertechniken

19

- Kriterium 4 aus DNQP 2004 wurde gestrichen:
Bewegungsförderung auf Grundlage der Risikoeinschätzung
- Nicht „Ablagern“ sondern Bewegung fördern
- Nicht kräfteraubendes „Absitzen“, sondern „neuen Blickwinkel“ für den Patienten schaffen
- Individuelles Problem = individuelle Maßnahme
- Motivation und Anreize schaffen = Lust auf Bewegung
- Konzepte wie Kinästhetik oder Bobath anwenden
- Pflegende erlernen die Konzepte in praktischen Übungen
- Patienten – Gewebeschonend – Mitarbeiterschonend
- Mythos des 2 Std. Wechselintervalls ist hinfällig
- Phänomen der „Bettlägerigkeit“

Hilfsmittel

20

- Auswahlkriterium: druckentlastend oder druckverteilend?
- Viskoelastisch oder Wechseldruck?
- Individuelle Auswahl durch die Pflege, das „beste“ Hilfsmittel gibt es nicht
- gezielt und so wenig wie möglich
- sollen entlasten oder den Druck verteilen nicht die Eigenbewegungen des Patienten verhindern
- Bedürfnisse des Patienten berücksichtigen
- sie sollen **unverzüglich** zugänglich sein, Beispiel: Lagerung in Räumen die am Wochenende nicht zugänglich sind vermeiden
- Felle und Watte haben keinen Effekt

Patientenedukation

21

- als Prophylaxemaßnahme zu sehen
- Information schafft Wissen
- Eigenverantwortung und Selbstpflegekompetenzen werden gefördert
- subjektives Empfinden der Patienten berücksichtigen
- steigert die Compliance und Toleranz der Patienten
- Patient kann „aktiv“ mitwirken, Angehörige merken dass etwas getan wird
- Pflegemaßnahmen können verstanden werden

Evaluation

22

- laufende Überprüfung der Maßnahmen im Versorgungsprozess
- Ziele überprüfen – Ziele ändern

- Überprüfungskriterien fürs Team festlegen:
 - Hautinspektion
 - AZ des Patienten
 - Mobilität und Aktivität des Patienten

- Dokumentation in der Akte!!
- schriftliche Begründung bei Veränderung

Kommunikationsstrukturen

23

- Verfahrensregelungen schaffen
- Dekubitusprophylaxe ist nur effektiv, wenn Maßnahmen **kontinuierlich** durchgeführt werden
- alle am Prozess beteiligten informieren, Pflegestationen **und** Funktionsabteilungen!
- Weitergabe der Informationen an externe Versorger

Fazit

24

- Restrisiko bleibt beim Patienten
- neues Wissen um die Pathophysiologie
- Druckentlastung – Druckverteilung
- Risikokala wird ersetzt durch Fachkompetenz

- Maßnahmen:
 - Risikoeinschätzung
 - Hautbeobachtung
 - Steigerung von Mobilität/Aktivität
 - Edukation

Fazit

25

- Problem der Identifikation und Klassifikation
- Das „Beste“ Hilfsmittel gibt es nicht
- Ernährung, Hautpflege und Inkontinenz werden zu begünstigenden Faktoren
- Evaluation, Dokumentation und Kommunikationsstrukturen bleiben wichtige Instrumente