

Dekubitus – Vergleich verschiedener Risikoskalen

**Abschlussarbeit
Weiterbildung Wundmanagement 2014/2015**

an der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege
des Ausbildungszentrums West
Innsbruck

vorgelegt von
Anna-Maria Zimak, BScN

Innsbruck, Juni 2015

Vorwort

Die vorliegende Arbeit soll aufzeigen, wie wichtig die richtige Erhebung und Dokumentation eines Dekubitus ist.

Wenn man sich in der Pflegepraxis umsieht, sei es im intramuralen oder extramuralen Bereich, ist zu erkennen, dass die zuständigen Pflegekräfte sehr wohl wissen, dass es Erhebungsinstrumente für Dekubitus gibt, diese aber nicht einsetzen. Dieses nicht einsetzen kann mehrere Gründe haben, zum einen die fehlenden wissenschaftlich fundierten bzw. überprüften Daten der Handhabbarkeit und Qualität solcher Instrumente, oder zweitens, das fehlende persönliche Wissen über das richtige Einsetzen bzw. Dokumentieren eines solchen Erhebungsbogens. Dies ist mit Sicherheit einer der Hauptgründe, warum generell sehr wenig mit Assessmentbögen bzw. Erhebungsbögen gearbeitet wird. Hier könnte für zukünftige Ausbildungen angesetzt werden. Jedoch sollte immer zu beachten bleiben, dass ein Assessment alleine nicht ausreichend ist. Es müsste immer in Kombination mit dem direkten Kontakt zum Menschen erfolgen. Dies könnte die Pflege mit Sicherheit qualitativ verbessern und eine schriftliche Argumentationsbasis gegenüber den Ärzten und anderen Disziplinen geschaffen werden.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung.....	1
1.1 Epidemiologie.....	1
1.2 Problemdarstellung	2
1.3 Ziel	3
1.4 Begriffsklärung	3
1.5 Entstehung eines Dekubitus	3
1.6 Gradeinteilung nach NPUAP/EPUAP.....	4
2 Methodik.....	8
2.1 Forschungsfragen	8
2.2 Literaturrecherche	8
3 Ergebnisse	9
3.1 Braden Skala.....	9
3.2 Modifizierte Nortonskala.....	13
4 Diskussion.....	15
5 Zusammenfassung und Relevanz für die Pflege	17
5.1 Zusammenfassung.....	17
5.2 Relevanz für die Pflege	18
6 Praktikumsbericht.....	19
6.1 Beschreibung der Einrichtung	19
6.1.1 Aufgaben und Ziele der Einrichtung.....	19
6.1.2 Wunddokumentation	19
6.1.3 Patientenbroschüren/- edukation	19
6.2 Fallbeispiel	20
6.2.1 Wundanalyse	20
6.2.1.1 Wundanamnese/ Vorgeschichte	20
6.2.1.2 Verlauf	21
6.2.1.3 Wundinspektion	22
6.2.1.4 Istzustand der Wunden Mai 2015	28
6.2.2 Auswahl der Verbandstoffe.....	31
6.2.3 Fotodokumentation	32
7 Literaturverzeichnis	35

1 Einleitung

Der Einleitungsteil dieser Arbeit beinhaltet epidemiologische Zahlen zu Dekubitus in Österreich und Deutschland. Weiters wird die Problemdarstellung und das Ziel dieser Arbeit behandelt. Abschließend erfolgen noch eine kurze Begriffsklärung und die Gradeinteilung von Dekubitus nach der National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) und der European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP).

Im Laufe der folgenden Arbeit sind alle personenbezogenen Bezeichnungen geschlechtsneutral zu verstehen.

1.1 Epidemiologie

Die tatsächliche Häufigkeit von Dekubitus in Deutschland ist nicht sicher anzugeben. Die meisten Angaben beziehen sich auf Schätzwerte oder Hochrechnungen. So leiden nach der Deutschen Dekubitusliga (2009) circa 750 Tausend bis 1,5 Millionen Menschen in Deutschland an Dekubitus. Der Großteil der Betroffenen entwickelt einen Dekubitus während des Krankenhausaufenthalts. So liegt die Prävalenz in Kliniken bei circa 15 Prozent, in häuslicher Umgebung bei 20 Prozent und in Altenheimen sogar 30 Prozent.

Für Österreich bezieht sich Jordan (2012) auf eine Untersuchung der Universität Graz aus dem Jahr 2011. In dieser Arbeit wird eine Prävalenz für Patienten von 12 Prozent angegeben. Nach Ausschluss der Läsion Grad I nur noch 8 Prozent. Interessant dabei ist, dass die meisten Präventionsmaßnahmen in den Heimen und nicht in den Akutspitälern durchgeführt werden. Diese Prävalenzzahlen sind nach Meinung der Autoren tief. Weitere aktuelle Zahlen zu Dekubitus in Österreich und Deutschland konnte im Internet und nach längerer Recherche und E-Mailkontakt nicht herausgefunden werden. Statistik Austria listet Zahlen über Dekubitalgeschwüre unter der Rubrik Spitalsentlassungen ICD 10 Code L89 auf. Diese können jedoch nur kostenpflichtig abgerufen werden.

1.2 Problemdarstellung

Wie Kottner et al. (2008) in seiner Arbeit festgehalten hat, stellt Dekubitus in seinen unterschiedlichen Schweregraden für Betroffene immer eine Kombination aus Schmerzen und eingeschränkter Lebensqualität dar. Gleichzeitig jedoch wird Dekubitus als Indikator für Pflegequalität angesehen. Vor diesem Hintergrund hat die Prävention von Dekubitus oberste Priorität. Hierbei können Skalen dem Pflegenden helfen, das individuelle Dekubitusrisiko zu bestimmen und entsprechende Pflegeinterventionen zu planen und durchzuführen. Die hierfür verwendeten Risikoskalen sollten reliabel und valide sein, um in der Pflegepraxis eine verlässliche Hilfe darzustellen.

Schlömer (2003) beschreibt weiters, dass Skalen zur Einschätzung des Dekubitusrisikos weitverbreitete Screening-Tests zur Primärprävention sind. Deren verbreiteter Einsatz auf der Annahme beruht, dass die klinische Beurteilungskompetenz Pflegenden alleine nicht ausreicht, bzw. zu unsicher ist, um ein eventuell bestehendes Risiko ausreichend genau einzuschätzen. Ein weiterer Punkt, der solch ein Screening für Risikofaktoren zur Dekubitusentwicklung rechtfertigt, sind die hohen Kosten, die für das Gesundheitssystem entstehen.

Um eine bestmögliche Betreuung und Pflege der Patienten sicher stellen zu können, ist es unweigerlich notwendig, so genannte Risikoskalen zur Beurteilung des Dekubitus heranzuziehen. In der aktuellen Literatur werden circa 30 dieser Testinstrumente beschrieben (Schlömer, 2003). In der weiteren Arbeit kann jedoch nur auf zwei dieser Skalen eingegangen werden. Zum einen die Braden Skala und die erweiterte Norton Skala. Diese Instrumente wurden aufgrund der Literatur- und Praxisrecherche ausgewählt. Die Braden Skala stellt hierbei, im deutschsprachigen Raum, die am meisten angewandte und empirisch evaluierte Skala dar.

1.3 Ziel

Ziel der vorliegenden Literaturrecherche ist, die Darstellung und der Vergleich zweier pflegerelevanter Risikoskalen zur Beurteilung von Dekubitus. Die Auswahl der zwei Beurteilungsinstrumente hat sich durch die vorgenommene Literaturrecherche und die in der Praxis vorhandenen Schwerpunkte ergeben.

1.4 Begriffsklärung

Die internationale Definition von Dekubitus laut NPUAP und EPUAP lautet wie folgt:

„Ein Dekubitus ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunterliegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Scherkräften. Es gibt eine Reihe weiterer Faktoren, welche tatsächlich oder mutmaßlich mit Dekubitus assoziiert sind; deren Bedeutung ist aber noch zu klären“ (NPUAP und EPUAP, 2009, S. 7).

1.5 Entstehung eines Dekubitus

Die durch den einwirkenden Druck entstehende Diffusionsstörung führt dazu, dass das betroffene Gewebe von der Sauerstoffversorgung abgeschnitten wird, anfallende Giftstoffe werden nicht mehr abtransportiert, es kommt zum Zelltod (Nekrose). Es führt sowohl hoher Druck für kurze Zeit als auch niedriger Druck über einen längeren Zeitraum an prädisponierten Körperregionen unweigerlich zu einem Dekubitus. Scherkräfte können ebenfalls durch Auseinanderziehen oder Abknicken der Gefäße eine wichtige Ursache für das Entstehen eines Dekubitus darstellen. Die Gewebeschädigung liegt hier meist tiefer. Die Haut über der geschädigten Stelle kann eventuell noch intakt sein. Reibungskräfte, die bei der Mobilisation kopfwärts, bei der Umlagerung oder beim Transfer auftreten, schädigen wiederum eher die oberste Hautschicht (Buchhammer, 2011).

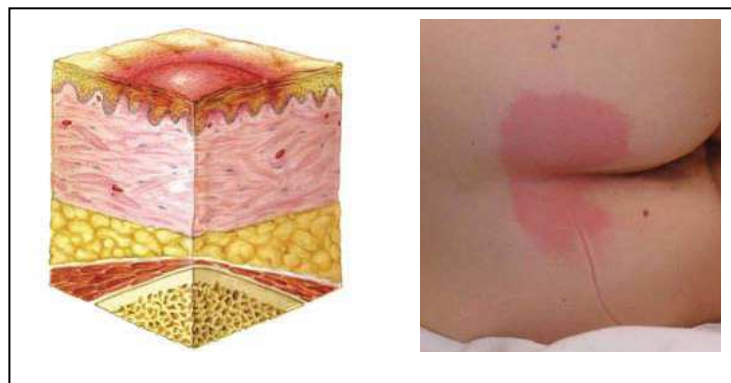
Hierbei sollte noch erwähnt werden, dass die Risikofaktoren, die zu einem Dekubitus führen können in intrinsische und extrinsische Faktoren unterschieden werden können. Zu den intrinsischen Risikofaktoren kann gezählt werden: Mobilitätseinschränkung, Inkontinenz, verminderte Durchblutung, Mangelernährung und fehlende Sensibilität. Zu den extrinsischen werden folgende

Punkte gezählt: Druckbelastung, Reibungs- und Scherkräfte, Schädigung der Haut und Schädigung durch Fremdkörper z.B. Sonden, Dauerkatheter (Wechselberger, 2010).

1.6 Gradeinteilung nach NPUAP/EPUAP

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 Abblassen 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“ (NPUAP und EPUAP, 2009, S. 9).



(NPUAP und EPUAP, 2014, S. 12)

Kategorie/ Stufe/ Grad II: Teilverlust der Haut

„Teilverstörung der Haut (bis in die Dermis/ Lederhaut), die als flaches, offenes Ulcus mit einem rot bis rosafarbenen Wundbett oder Beläge in Erscheinung tritt. Kann sich auch als intakte oder offene/ ruptierte, serumgefüllte Blase darstellen. Manifestiert sich als glänzendes oder trockenes, flaches Ulcus ohne nekrotisches Gewebe oder Bluterguss (weisen auf eine tiefe Gewebeschädigung hin). Diese Kategorie sollte nicht benutzt werden um Skin Teas (Gewebezerstörungen), verbands- oder pflasterbedingte Hautschädigungen, feuchtigkeitsbedingte

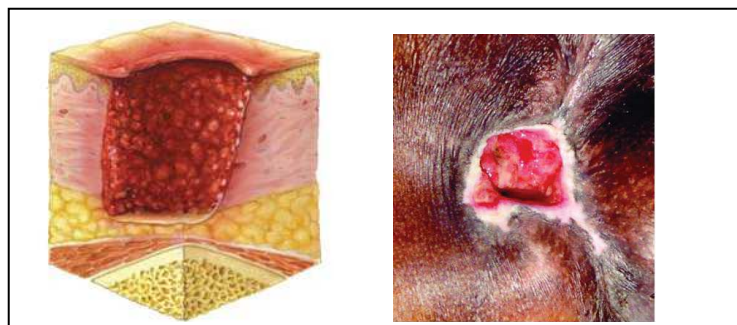
Läsionen, Mazerationen oder Abschürfungen zu beschreiben“ (NPUAP und EPUAP, 2009, S. 9).



(NPUAP und EPUAP, 2014, S. 12)

Kategorie/ Stufe/ Grad III: Verlust der Haut

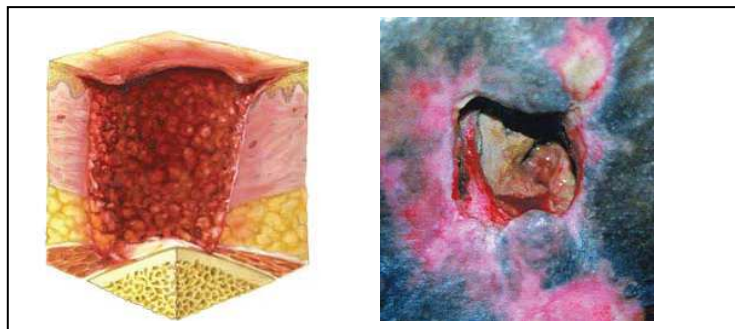
„Zerstörungen aller Hautschichten. Subkutanes Fett kann sichtbar sein, jedoch keine Knochen, Muskeln oder Sehnen. Es kann ein Belag vorliegen, der jedoch nicht die Tiefe der Gewebeschädigung verschleiert. Es können Tunnel oder Unterminierungen vorliegen. Die Tiefe des Dekubitus der Kategorie/ Stufe/ 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“ (NPUAP und EPUAP, 2009, S. 9).



(NPUAP und EPUAP, 2014, S. 12)

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“ (NPUAP und EPUAP, 2009, S. 9).

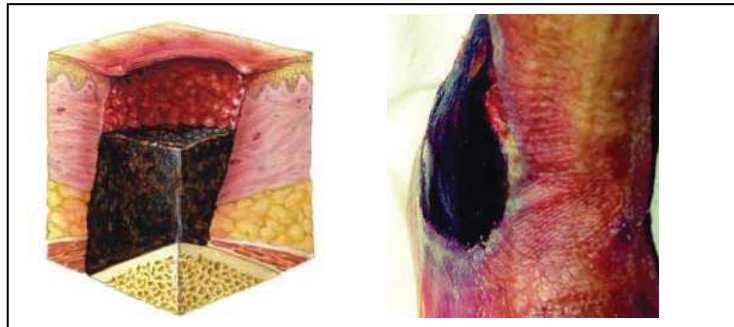


(NPUAP und EPUAP, 2014, S. 13)

Zusätzliche Kategorien/ Stufen in den USA

Uneinstufbar/ nicht klassifizierbar: vollständiger Haut oder Gewebeverlust – unbekannte Tiefe

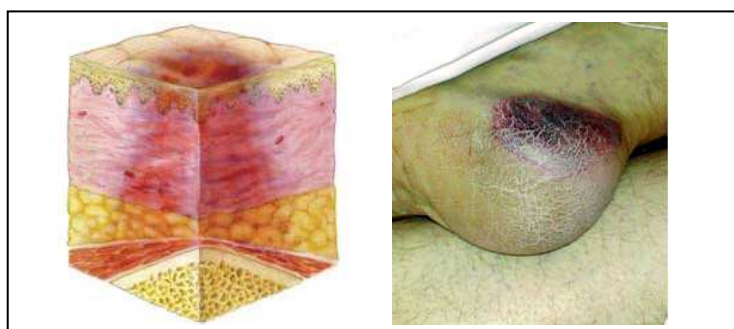
„Ein vollständiger Haut- oder Gewebeverlust, bei der die tatsächliche Tiefe der Wunde von Belag (gelb, dunkelgelb, grau, grün oder braun) und Wundkruste/ Schorf (dunkelgelb, braun oder schwarz) im Wundbett verdeckt ist. Ohne ausreichend Belag oder Wundkruste/ Schorf zu entfernen, um zum Grund des Wundbettes zu gelangen, kann die wirkliche Tiefe der Wunde nicht festgestellt werden, aber es handelt sich entweder um Kategorie/ Stufe/ Grad III oder IV. Stabiler Wundschorf (trocken, festhaftend, intakt ohne Erythem und Flüssigkeit) an den Fersen dient als „natürlicher biologischer Schutz“ und sollte nicht entfernt werden“ (NPUAP und EPUAP, 2009, S. 10).



(NPUAP und EPUAP, 2014, S. 13)

Vermutete tiefe Gewebsschädigung – unbekante Tiefe

„Violetter oder rötlichbrauner, umschriebener Bereich verfärbter, intakter Haut oder blutgefüllte Blase aufgrund einer Schädigung des darunterliegenden Weichgewebes durch Druck und/oder Scherkräfte. Dem Effekt vorausgehen kann eine Schmerzhaftigkeit des Gewebes, das von derber, breiiger oder matschiger Konsistenz sein kann und wärmer oder kälter als das angrenzende Gewebe ist. Vermutete tiefe Gewebsschädigungen sind bei Individuen mit dunkel pigmentierter Haut schwer zu erkennen. Bei der Entstehung kann es zu einer dünnen Blase über einem schwarzen Wundbett kommen. Die Wunde kann sich weiter entwickeln und mit Wundschorf bedeckt sein. Es kann zu einem rasanten Verlauf unter Freilegung weiterer Gewebeschichten auch unter optimaler Behandlung kommen“ (NPUAP und EPUAP, 2009, S. 10).



(NPUAP und EPUAP, 2014, S. 13)

2 Methodik

In diesem Absatz wird auf die vorgenommene Literatursuche eingegangen. Im Genaueren auf die Ein- und Ausschlusskriterien. Im weiteren Verlauf werden auch die Forschungsfragen erläutert.

2.1 Forschungsfragen

Nachfolgende Forschungsfragen sollen im Rahmen der vorgenommenen Literatursuche beantwortet werden:

- Welche Risikoskalen zur Erhebung eines Dekubitusrisikos werden in der aktuellen Literatur beschrieben?
- Gibt es eine Skala, die speziell für den extramuralen Bereich der Pflege entwickelt wurde?

2.2 Literaturrecherche

Die systematische Literaturrecherche für diese Arbeit verfolgte das Ziel, verschiedene Veröffentlichungen zu suchen, die das Thema „Dekubitus und der Vergleich verschiedener Risikoskalen“ behandelt. Die elektronische Literatursuche wurde in den Datenbanken Google Scholar und Medline durchgeführt. Die Suche wurde auf Fachzeitschriften der Bibliothek des AZW Innsbruck erweitert.

Die folgenden Suchbegriffe `Dekubitus`, `Risikoskaler`, `assessment`, `pressure ulcers` und `scale` wurden in unterschiedlicher Kombination verwendet. Eingeschränkt wurde die Suche zu Beginn auf den Zeitraum 2005 bis 2014. Jedoch wurde nach kurzer Zeit klar, dass dieser Zeitraum für ein so frisch untersuchtes Thema wie Dekubitus und Vergleich verschiedener Risikoskalen zu gering ist. Daraufhin wurde der Zeitraum von 2000 bis 2014 ausgeweitet. Dadurch konnte mehr Literatur gefunden werden, die sich mit dieser Thematik beschäftigt. Weiters mussten die Studien in deutscher oder englischer Sprache vorliegen und in Full Text erhältlich sein. Arbeiten, die sich nur auf ein spezifisches Setting im Krankenhaus beschränkten z.B. Intensivstation wurden nicht für diese Literaturarbeit herangezogen.

3 Ergebnisse

Wie schon zuvor erwähnt wurde, kann aufgrund des Umfangs dieser Arbeit nur auf zwei, in der Literatur erwähnten Skalen, eingegangen werden.

3.1 Braden Skala

Laut Kottner et al. (2008) wurde die Braden- Skala 1987 in den USA vorgestellt. Ausgehend von einer Theorie zur Ätiologie des Dekubitus bestimmten die Autoren sechs Bereiche, die zur Dekubitusentstehung beitragen. Diese sind wie folgt: Sensorisches Empfindungsvermögen, Feuchtigkeit, Aktivität, Mobilität, Ernährung und Reibung und Scherkräfte. Diese sechs Bereiche werden in Form von Items erfasst. Fünf Items besitzen vier, das Item Reibung und Scherkräfte drei Abstufungen. Den Abstufungen werden jeweils Werte von eins (am ungünstigsten) bis drei bzw. vier (am günstigsten) zugewiesen. Nach Addition der Werte entsteht ein Summenscore von sechs bis dreiundzwanzig Punkten. Dieser errechnete Wert gibt Aufschluss, wie hoch das Risiko ist. Je niedriger der erreichte Score ist, desto höher ist das Dekubitusrisiko.

Die gewonnenen Ergebnisse bezüglich der Braden Skala sind folgende:

Kottner et al. (2008) bezieht sich in seiner Veröffentlichung auf Ergebnisse einer Studie zur Bestimmung der Interrater-Reliabilität der deutschen Version der Braden Skala, die 2006 an einem deutschen Pflegeheim durchgeführt wurde. Hierbei kam er zu dem Ergebnis, dass die Interrater-Reliabilität der gesamten Braden Skala als hoch angesehen wird. So kann angenommen werden, dass ein Teilaspekt der Reliabilität erfüllt ist. Dies bedeutet in anderen Worten für den klinischen Bereich, dass Pflegende anhand dieser Skala Betroffene verlässlich einschätzen können.

Schlömer (2003) kam bei ihrer Literaturliste zu einer komplett anderen Aussage bezüglich der Braden Skala. Hierbei wurden 24 Studien aus 257 Zusammenfassungen ausgewählt um zu erheben, welche Skalen in der Literatur erwähnt werden und welche für valide angesehen werden. Es konnte festgestellt werden, dass die untersuchten Instrumente zur Messung des Dekubitusrisikos

eine unzureichende Testqualität besitzen. Weiters ist unwahrscheinlich, dass die Instrumente beim Einsatz in einem Programm zum Risikofaktorenscreening für Dekubitus effektiv sind. Bezogen auf die Braden Skala bedeutet dies, dass sie zwar das am besten untersuchte Instrument ist, aber auch hier zwischen den einzelnen Studien große Schwankungen in der prädiktiven Validität vorhanden sind. Sensitivität und Spezifität alleine reichen zur Beurteilung der Testqualität nicht aus. Dies bedeutet, dass die Testgüte der Skala als unzureichend eingestuft wird. Einzig bei den Veröffentlichungen von Braden selbst hat die Braden Skala gute Ergebnisse erzielt.

Kolbinger (2008) hat sich in der vorgenommenen systematischen Literaturrecherche primär mit der Waterlow Skala befasst. Jedoch konnte in zahlreichen verwendeten Veröffentlichungen auch Informationen über die Braden Skala und Norton Skala gefunden werden. So ist anzunehmen, dass die Testgüte bei diesen beiden Skalen oft deutlich überschätzt wird. Die in Pflegestandards und Leitlinien angeführten Empfehlungen, Risikoskalen zum Assessment einzusetzen, kann nicht nachvollzogen werden. Da die Anforderungen an die Testgüte von keiner Skala erfüllt wird und die Anwendung einer Skala immer in Zusammenhang mit einer Intervention gesehen werden muss, um überhaupt wirksam zu sein. Jedoch wurde der Beweis für die Wirksamkeit eines derartigen Programms bislang noch nicht erbracht. Es besteht weiterhin Forschungsbedarf bezüglich der Wirkung einzelner Risikofaktoren auf das Entstehen von Dekubitus, um geeignete Instrumente zur Dekubituseinschätzung zu entwickeln.

Nachfolgend kann die tabellarische Darstellung der Braden Skala nach Marcher et al. (2004) in ihrem gesamten Umfang nachgeschlagen werden.

Braden Skala	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte
<p>Sensorische Wahrnehmung</p> <p>(Fähigkeit, lagebedingte wie künstliche Reize wahrzunehmen und adäquat zu reagieren)</p>	<p>Vollständig ausgefallen</p> <ul style="list-style-type: none"> Keine Reaktion auf Schmerzreize (auch kein Stöhnen, Zucken, Greifen) auf Grund verminderter (nervaler) Wahrnehmungsfähigkeit bis hin zur Bewusstlosigkeit oder Sedierung, oder Missempfindungen/ Schmerzen werden über den größten Körperanteil nicht wahrgenommen 	<p>Stark eingeschränkt</p> <ul style="list-style-type: none"> Reaktion nur auf starke Schmerzreize, Missempfindungen können nur über Stöhnen oder Unruhe mitgeteilt werden oder Sensorisches Empfinden stark herabgesetzt. Missempfindungen/ Schmerzen werden über die Hälfte des Körpers nicht wahrgenommen. 	<p>Geringfügig eingeschränkt</p> <ul style="list-style-type: none"> Reaktion auf Ansprechen, Missempfindungen, das Bedürfnis auf Lagerungswechsel kann nicht immer vermittelt werden Sensorisches Empfinden teilweise herabgesetzt Missempfindungen/ Schmerzen werden in ein oder zwei Extremitäten nicht wahrgenommen 	<p>nicht eingeschränkt</p> <p>Reaktion auf Ansprechen, Missempfindungen/ Schmerzen werden wahrgenommen und können benannt werden.</p>
<p>Feuchtigkeit</p> <p>Ausmaß, in dem die Haut Feuchtigkeit ausgesetzt ist.</p>	<p>Ständig feucht</p> <ul style="list-style-type: none"> Haut ist ständig feucht durch Schweiß, Urin,... Nässe wird bei jeder Bewegung festgestellt 	<p>Oft feucht</p> <p>Die Haut ist oft, aber nicht ständig feucht. Die Wäsche muss 1x/ Schicht gewechselt werden.</p>	<p>Manchmal feucht</p> <p>Die Haut ist hin und wieder feucht, die Wäsche muss zusätzlich einmal täglich gewechselt werden</p>	<p>Selten feucht</p> <p>Die Haut ist normalerweise trocken. Wäschewechsel routinemäßig</p>
<p>Aktivität</p> <p>Grad der körperlichen Aktivität</p>	<p>Bettlägerig</p> <p>Das Bett kann nicht verlassen werden</p>	<p>An den Stuhl/ Rollstuhl gebunden</p> <ul style="list-style-type: none"> Gehfähigkeit ist stark eingeschränkt oder nicht vorhanden Kann sich selbst nicht aufrecht halten Braucht Unterstützung beim Hinsetzen. 	<p>Gehen</p> <ul style="list-style-type: none"> Geht mehrmals am Tag, aber nur kurze Strecken, teils mit oder ohne Hilfe Verbringt die meiste Zeit im Bett/ Lehnstuhl 	<p>Regelmäßiges Gehen</p> <p>Verlässt das Zimmer mind. zweimal am Tag Geht tagsüber im Zimmer alle zwei Stunden auf und ab.</p>

<p>Mobilität</p> <p>Fähigkeit, die Körperposition zu halten und zu verändern</p>	<p>Vollständige Immobilität</p> <p>Selbst die geringste Lageänderung des Körpers oder von Extremitäten wird nicht ohne Hilfe durchgeführt.</p>	<p>Stark eingeschränkt</p> <p>Eine Lageänderung des Körpers oder von Extremitäten wird hin und wieder selbständig durchgeführt, aber nicht regelmäßig.</p>	<p>Geringfügig eingeschränkt</p> <p>Geringfügige Lageänderungen des Körpers und Extremitäten werden regelmäßig und selbständig durchgeführt.</p>	<p>Nicht eingeschränkt</p> <p>Lageänderungen werden regelmäßig und ohne Hilfe durchgeführt.</p>
<p>Allgemeines Ernährungsverhalten</p>	<p>Schlechte Ernährung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Isst die Portion nie auf • Isst selten mehr als 1/3 jeder Mahlzeit • Isst zwei eiweißhaltige Portionen oder weniger täglich • Trinkt zu wenig • Trinkt keine Nahrungsergänzungskost • wird per Sonde oder mehr als fünf Tage intravenös ernährt 	<p>Wahrscheinlich unzureichende Ernährung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Isst selten eine ganze Mahlzeit auf, in der Regel nur die Hälfte • Die Eiweißzufuhr erfolgt über nur drei Portionen täglich • Hin und wieder wird Ergänzungskost zu sich genommen • Erhält weniger als die erforderliche Menge Flüssigkeit/ Sondenernährung 	<p>Ausreichende Ernährung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Isst mehr als die Hälfte der meisten Mahlzeiten. Mit vier eiweißhaltigen Portionen täglich • Lehnt hin und wieder eine Mahlzeit ab, nimmt aber Ergänzungsnahrung, wenn angeboten an • Wird über eine Sonde ernährt und erhält so die meisten erforderlichen Nährstoffe 	<p>Gute Ernährung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Isst alle Mahlzeiten, weißt keine zurück • Nimmt vier eiweißhaltige Portionen zu sich, manchmal auch eine Zwischenmahlzeit • Braucht keine Nahrungsergänzungskost
<p>Reibungs- und Scherkräfte</p>	<p>Problem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mäßige bis erhebliche Unterstützung bei jedem Positionswechsel erforderlich • (An-) Heben ist nicht möglich, ohne über die Unterlage zu schleifen • Rutscht im Bett oder Stuhl regelmäßig nach unten und muss wieder in die Ausgangsposition gebracht werden • Spastik, Kontrakturen und Unruhe verursachen fast ständige Reibung 	<p>Potenzielles Problem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bewegt sich ein wenig und braucht selten Hilfe • Die Haut scheuert während der Bewegung weniger intensiv auf der Unterlage (selbständig anheben) • Verbleibt relativ lange in der optimalen Position im Bett • Rutscht nur selten nach unten 	<p>Kein feststellbares Problem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bewegt sich unabhängig und ohne Hilfe in Bett und Stuhl • Muskelkraft reicht aus um sich ohne Reibung anzuheben • Behält optimale Position im Bett oder Stuhl aus eigener Kraft bei. 	

3.2 Modifizierte Nortonskala

Die Nortonskala ist in Deutschland eine der bekanntesten Skalen. Sie wurde in den fünfziger Jahren von der englischen Krankenschwester Doreen Norton entwickelt. Diese erkannte als eine der Ersten, dass Pflege ein einheitliches Instrument benötigt, um Risiko objektiv einschätzen zu können. Die Skala wurde speziell zur Einschätzung eines Dekubitusrisikos bei älteren Menschen erarbeitet und wurde im Laufe der Zeit mehrfach wissenschaftlich überprüft. Sie umfasst fünf Kategorien, die mit jeweils ein bis vier Punkten zu bewerten sind. Eine geringe Punktzahl bedeutet in diesem Fall ein erhöhtes Dekubitusrisiko. Insgesamt kann eine Punktzahl von 20 Punkten erreicht werden. Bei einem Punktestand von 14 kann ein Dekubitusrisiko angenommen werden. Jedoch wurde aufgrund der falsch- negativen Ergebnisse, die mit der Norton Skala erzielt wurden, im Jahr 1985, in Deutschland die Modifizierte Nortonskala erarbeitet. Hierbei war das Ziel, die Sensitivität der ursprünglichen Skala zu erhöhen um weiters die Gründe für eine Dekubitusgefährdung genauer erfassen zu können. Die neue Skala umfasst nun neun Kategorien: körperlicher Zustand, geistiger Zustand, Aktivität, Beweglichkeit, Inkontinenz, Bereitschaft zur Kooperation/ Motivation, Alter, Zusatzerkrankungen und Hautzustand. Auch hier können in den einzelnen Kategorien Punkte zwischen eins und vier vergeben werden. Wie auch schon zuvor erwähnt, bedeutet eine geringe Punktzahl ein erhöhtes Risiko. Insgesamt können 36 Punkte erreicht werden, wobei ein Dekubitusrisiko ab einer Punktzahl von 25 angenommen wird. Ab diesem Zeitpunkt müssen pflegerische Maßnahmen geplant und durchgeführt werden. Mit dieser Skala sollte zwar ein größeres Spektrum potentiell gefährdeter Menschen erfasst werden, durch die fehlende wissenschaftliche Überprüfung ist auch eine fehlende Validität gegeben. Des Öfteren wird gegenüber der Modifizierten Nortonskala Kritik geäußert, dass diese häufig zu falsch- positiven Ergebnissen führe. Aus diesem Grund kann diese Skala aus wissenschaftlicher Sicht nicht zur Anwendung empfohlen werden (Brüggemann et al., 2001).

Modifizierte Nortonskala

Punkte	Bereitschaft zur Kooperation/ Motivation	Alter	Haut- zustand (Ver- änderungen z.B. schuppig, trocken, rissig, wund, feucht, mazeriert, dehydriert, ..)	Zusatz- erkrankungen (z.B. je nach Schweregrad: Abwehr- schwäche, Fieber, Diabetes, Anämie, MS, Ca, erhöhter Hämatokrit, Adipositas, AVK)	Körperl. Zustand	Geistiger Zustand	Aktivität	Beweglich- keit	Inkontinenz
4	Eine hohe Bereitschaft ist durch die kontinuierliche Mitarbeit gekennzeichnet	< 10	vollkommen gesunde/ intakte Haut	Keine	Gut	Klar	Geht ohne Hilfe	Voll	keine
3	Patient zeigt nach Aufforderung Bereitschaft zur Mitarbeit	<30	Leichte Ver- änderung	Leichte Form	Leidlich (geschwächt)	Apathisch/ verwirrt	Geht, mit Hilfe	Kaum ein- geschränkt	manchmal
2	Patient zeigt bei Aufforderung eine wechselnde Bereitschaft zur Mitarbeit	<60	Mittlere Ver- änderung	Mittlere Form	Schlecht (zB. Adipositas, Kachexie)	Verwirrt/ des- orientiert in Zeit, Ort, Person	rollstuhl- bedürftig	Sehr ein- geschränkt	Meistens Urin
1	Patient zeigt keine Bereitschaft	>60	Schwere Ver- änderungen	Schwere Form	Sehr schlecht (z.B. extreme Kachexie)	Stuporös	Bettlägerig	Voll ein- geschränkt	Ständig Urin und Stuhl

(IGAP, 2011)

4 Diskussion

Das Thema Dekubitus an sich selbst ist schon eine komplexe Thematik, sieht man es aber in Kombination mit Assessmentinstrumenten bzw. Risikoskalen wird es noch interessanter. Es gibt fast keine medizinische/ pflegerische Fachrichtung, die nicht mit Dekubitus und seinen Nachwirkungen in Berührung kommt.

Leider werden zurzeit noch sehr wenig Risikoskalen in der Pflege eingesetzt. Dies kann aus mehreren Gründen der Fall sein. Zum Einen, da es für die Pflege einen Mehraufwand darstellt, der in dem zeitlich knapp bemessenen Pflegealltag kaum noch Platz findet. Zum Anderen, jedoch auch wieder nicht, da der Pflegealltag durch Einsatz solcher Skalen erleichtert werden und einer zukünftigen Mehrarbeit so vorgebeugt werden kann. Hier stellt sich dann aber die Frage, ob dies von der Pflege überhaupt erwünscht ist.

Zurück kommend auf die Thematik Dekubitus kann man in der aktuellen Literatur feststellen, dass Skalen zur Erhebung und Einschätzung von Dekubitus vorhanden sind, diese jedoch zu wenig wissenschaftlich auf ihre Validität, Reliabilität und Praktikabilität überprüft wurden. Hier sind sich auch fast alle Autoren der herangezogenen Studien einig, dass noch mehr Forschungsarbeit diesbezüglich geleistet werden muss. Auch ist es aufgrund der vielen verschiedenen Skalen einer Pflegekraft, ohne wissenschaftlich fundiertem Wissen schwer möglich, eine geeignete Skala für die Praxis zu definieren. Dies führt aber zu einer geringeren pflegerischen Anwendung, mit dem daraus resultierenden Nachteil für den Patienten/ Klienten. Mit Sicherheit gilt dies nicht für alle Skalen gleichermaßen und es gibt Unterschiede in der Sensitivität und Spezifität. Aber eine allgemein einsetzbare Risikoskala zu Erhebung von Dekubitus gibt es nicht. Zukünftig wird es sicherlich mehr Dekubitus in der Pflege geben und um diesem vorzubeugen, müsste ein Umdenken in der Pflege passieren. Sicherlich reicht eine Risikoskala alleine zur Beurteilung nicht aus und sie sollte immer in Kombination mit der objektiven Einschätzung gesehen werden. Aber ein Impuls zum Handeln wäre gegeben.

Bezogen auf die Modifizierte Nortonskala gibt es in der aktuellen Literatur zu wenig brauchbare Veröffentlichungen. Diese Skala wird auch nur sehr selten in

Studien angeführt, was wiederum bedeutet, dass keine genauen Aussagen zur Validität getroffen werden können.

In der Literatur wird der Einsatz von Einschätzungsskalen empfohlen, mit der Braden Skala hat man ein sehr brauchbares Instrument entwickelt, welches im englischsprachigen und deutschsprachigen Raum getestet wurde. Sie stellt eine übersichtliche, leicht durchführbare Skala dar, die in sechs Bereiche unterteilt ist. Diese Bereiche sind in der Literatur gut erklärt und verständlich niedergeschrieben. Ab einer gewissen Routine verliert man auch nicht kostbare Zeit, die am Patienten/ Klienten dann fehlt. Es wird angegeben, dass sie die meist erforschte Skala derzeit sei, jedoch legt sich kein Autor fest, ob und wie sie in die Pflege implementiert werden könnte. Es gibt einfach zu wenig aussagekräftige Literatur darüber. Was zum nächsten Punkt dieser Diskussion führt. Aktuelle Literatur zu finden war in den uns zur Verfügung stehenden Datenbanken recht schwierig. Genauer gesagt war fast keine Literatur aus den letzten fünf Jahren zu finden. Was natürlich die Aussagekraft dieser Arbeit minimiert bzw. herabsetzt. Wenn Literatur zu finden war, bezog sie sich meistens nicht auf Risikoskalen sondern allgemein auf Dekubitus und dessen Prävention durch Lagerung und andere Maßnahmen. Ein weiteres Manko war, dass man nur schwer an aktuelles Zahlenmaterial kommt, da es keine einheitliche Erhebung wie bei anderen Diagnosen gibt. Oft wird ein Dekubitus auch nicht als solcher angesehen.

Wie man also sieht, gibt es auf diesem Gebiet der Pflege weiterhin einen großen Forschungsbedarf und für die Zukunft darf gehofft werden, dass dies bald realisiert wird. Denn wenn man genauer hinsieht, entsteht durch einen Dekubitus ein großer Kostenaufwand, der zu einem Großteil durch adäquates Erheben reduziert werden könnte.

5 Zusammenfassung und Relevanz für die Pflege

5.1 Zusammenfassung

In der aktuellen Literatur wird eine Vielzahl von Skalen, international circa 30 Skalen, zur Beurteilung eines Dekubitus beschrieben. Das am häufigsten erwähnte Beurteilungsinstrument im deutschsprachigen Raum ist die Barden Skala. Sie gilt auch als das am best geprüfte Instrument. Bezüglich ihrer Praktikabilität und dem Einsatz in der Pflege gehen die Meinungen unter den Autoren jedoch auseinander. So gibt Kottner et al. (2008) eine hohe Interrater Reliabilität an und dass es ein valides Instrument zur Risikoeinschätzung in der Pflege ist. Schlömer (2013) berichtet hingegen, dass die Testgüte der angeführten Skala nicht ausreichend ist und weitere Forschungsarbeit diesbezüglich vollbracht werden muss. Kolbinger (2008) kam zu einem ähnlichen Ergebnis. Hier wurde noch angeführt, dass eine Risikoskala immer in Kombination mit einer Intervention eingesetzt werden muss. Weitere Instrumente, die von den Autoren als geeignet empfunden werden, sind die Modifizierte Norton Skala und die Waterlow Skala. Im weiteren Verlauf der Arbeit konnte aber nur noch auf die Modifizierte Norton Skala eingegangen werden. Bei dieser Skala soll laut Brüggemann et al. (2001) ein größeres Spektrum gefährdeter Menschen erfasst werden. Jedoch ist durch die fehlende wissenschaftliche Überprüfung auch eine fehlende Validität gegeben. Dies bedeutet weiters, dass die Skala aus wissenschaftlicher Sicht nicht zur Anwendung empfohlen werden kann. Viele Autoren geben an, dass es aufgrund der zahlreichen Instrumente schwierig ist, das richtige Instrument zu finden. Basierend auf dieser Tatsache sollten nicht immer neue Assessmentinstrumente entwickelt, sondern die vorhandenen weiter getestet werden.

Bezugnehmend auf die Implementierung einer dieser Skalen in den pflegerischen Alltag fehlen Erfahrungsberichte und wissenschaftliche Studien über die Umsetzung solcher Vorhaben. Einzelne Autoren haben dies zwar in ihren Arbeiten versucht, konnten aber keine aussagekräftigen Ergebnisse erzielen.

Schlüsselwörter:

Dekubitus – Erhebungsinstrument – Risikoeinschätzung

5.2 Relevanz für die Pflege

Nachdem die statistischen Zahlen der letzten Jahre, aus Österreich und Deutschland, einen Anstieg von Dekubitusfällen dokumentiert und zukünftig nicht vom Gegenteil ausgegangen werden kann, stellt sich die Frage nach der Einführung von geeigneten Assessmentinstrumenten bei Dekubitus. Sowohl die Praxis, als auch die wissenschaftlichen Untersuchungen haben ergeben, dass nur sehr geringes Wissen über Assessmentinstrumente zur Erhebung von Dekubitus vorhanden ist. Hier wäre die Forschung, aber auch die Praktizierenden, wie das Pflegepersonal, gefordert, schon in der Prävention aktiv zu werden.

Die weit verbreitete Unwissenheit über das Entstehen und die Behandlung eines Dekubitus muss beseitigt werden. Denn nur dadurch können die verstärkten Belastungen für den Patienten und ein höherer wirtschaftlicher Mehraufwand reduziert werden. Durch einen verzögerten Behandlungszyklus, zusätzliche Medikamente und Schmerzen müssen Mehrkosten durch das Gesundheitswesen übernommen werden. In Zeiten von finanziell begrenzten Ressourcen wäre es ein Muss, den Einsatz von Assessmentinstrumenten zu fokussieren, um einerseits zu einer finanziellen Entlastung des Gesundheitswesens beizutragen und andererseits eine schmerzfreie und zeitlich geringere Behandlung für den Patienten zu gewährleisten.

Wie aus der Literaturrecherche zu erkennen ist, sind der überwiegende Teil von Veröffentlichungen zum Einsatz von Assessmentinstrumenten in englischer Sprache verfasst. Dies lässt den Rückschluss zu, dass auch die pflegerische Relevanz für die Anwendung gegeben ist. Bei einem größeren Bekanntheitsgrad der deutschsprachigen Assessmentinstrumente unter den Pflegekräften, würden diese auch vermehrt in der Praxis herangezogen werden. Um den Bekanntheitsgrad zu erhöhen, müssten sowohl deutsche, wie auch englische Studien über Internet zugänglich gemacht werden. Dadurch könnte das Interesse der Pflegekräfte für den Einsatz von Assessmentinstrumenten geweckt und ein Motivationsschub für die Umsetzung in der Praxis erfolgen.

6 Praktikumsbericht

6.1 Beschreibung der Einrichtung

Der Sozial- und Gesundheitssprengel südöstliches Mittelgebirge ist ein eigenständiger Verein, der in der Verwaltung an das Wohn- und Pflegeheim Haus St. Martin in Aldrans gekoppelt ist. Der Verein wird durch Vertreter des Gemeindeverbandes der Mitgliedsgemeinden Aldrans, Ampass, Lans, Patsch, Rinn, Sistrans und Tulfes geführt. In den Stadtteilen Igls und Vill wird nur mobile Pflege angeboten, andere Angebote müssen über Organisationen der Stadt bezogen werden.

6.1.1 Aufgaben und Ziele der Einrichtung

Mobile Pflege- und Betreuungsdienste stehen jedem zur Verfügung, der infolge von Krankheit, Altersveränderungen, Behinderung, Unfall oder Ähnliches auf Unterstützung angewiesen ist. Grundsätzlich versteht sich die mobile Pflege und Betreuung als Ergänzung der familiären Pflegeleistungen und nicht als Ersatz. Jedem Hilfs- und Pflegebedürftigen wird die individuell beste Lösung angeboten. Das Angebot des Sozialsprengels umfasst: Mobile Hauskrankenpflege, Haushaltshilfe/ Soziale Betreuung, Pflegebehelfe, Familienhilfe und Essen auf Rädern.

6.1.2 Wunddokumentation

Die Wunddokumentation erfolgte bis Jänner 2015 auf unserer schriftlichen Pflegeplanung, die in der jeweiligen Klientenmappe abgeheftet wurde. Seit Jänner 2015 wird mit dem Erhebungsbogen „Projekt Feuchte Wundversorgung Tirol“ der Tiroler Gebietskrankenkasse gearbeitet. Die Umstellung erfolgte teilweise recht stockend, wird von den Mitarbeitern aber positiv angenommen.

6.1.3 Patientenbroschüren/- edukation

Im Sozialsprengel südöstliches Mittelgebirge liegen keine Broschüren mit Informationen zur Wundversorgung bzw. Verbandsmaterialien auf.

6.2 Fallbeispiel

Das Fallbeispiel behandelt einen Klientenfall aus dem Sozialsprengel südöstliches Mittelgebirge. Aus Gründen der Anonymität wird im weiteren Verlauf der Arbeit nur von Klient gesprochen. Die Einverständniserklärung zur Verwendung der anonymisierten Daten liegt dem Autor dieser Arbeit in schriftlicher Form vor.

6.2.1 Wundanalyse

Nachfolgend werden die genannten Wunden genauer beschrieben.

6.2.1.1 Wundanamnese/ Vorgeschichte

Der erste vorliegende Arztbrief stammt von November 2012 von der Plastischen Chirurgie. Hier wurde der Klient bei bekanntem Ulcus cruris an beiden Unterschenkeln stationär aufgenommen. Im Laufe dieses Aufenthalts wurde ein Debridement gemacht und der weitere Heilungsverlauf verlief komplikationslos. Nach Besserung des Lokalbefundes wurde an beiden Unterschenkel der Defekt mit Spalthaut gedeckt. Nach VAC-Entfernung und regelmäßigem Verbandswechsel zeigten sich die Spalthaut-Transplantate nahezu vollständig eingeeilt. Die weitere Versorgung sollte durch den Hausarzt mit Mepithel, Tupfer, Watte und elastischer Bandagen erfolgen.

Im Jänner 2014 wurde der Klient auf der Gefäßchirurgie vorstellig, mit einem Ulcus am rechten Unterschenkel und chronisch venöser Insuffizienz Grad III. Es wurde keine weitere Therapie (nur Antibiotika) vorgeschlagen und der Klient begab sich zu den regelmäßigen Verbandswechseln auf die Ambulanz. Dies zog sich über das ganze Jahr. In diesem Arztbrief ist erstmals die Diagnose Ulcus cruris venosum niedergeschrieben worden (Arztbrief von OA Dr. Mildner und Dr. Gindlhuber). Nach einer angeblichen Kontaktallergie auf einen Verbandsstoff wurden keine weiteren Untersuchungen diesbezüglich durchgeführt, da der Klient den Termin nicht wahrnahm. Ende Dezember 2014 wurde der Klient von seinem Hausarzt dem Sozialsprengel zugewiesen. Seither führt der Sozialsprengel dreimal wöchentlich einen Verbandswechsel durch.

6.2.1.2 Verlauf

Der Klient wurde im Dezember 2014 als Klient im Sozialsprengel südöstliches Mittelgebirge aufgenommen. Dieser Fall war auch einer der Esten in unserem Sprengel, der anhand des Beurteilungsbogens „Feuchte Wundversorgung Tirol“ der Tiroler Gebietskrankenkasse bearbeitet wurde.

Bei der Anamnese wurde festgestellt, dass die Wunden, wie schon zuvor erwähnt, seit Jahren bestehen und sich auf beide Unterschenkel erstrecken. Von unserer Seite aus wurde eine Unterteilung in drei Wunden vorgenommen. Wunde A und Wunde B befinden sich auf dem rechten Fuß und Wunde C auf dem linken. Aus der Anamnese ging hervor, dass die bisherige Wundbehandlung Aquazell und Mepore war. Wir einigten uns auf dreimal wöchentlich Verbandswechsel mit einem Evaluationszeitraum von einem Monat. Da in kürzeren Abständen kaum Veränderungen erkennbar waren.

Beim Erstgespräch wurde, wie schon zuvor erwähnt, festgestellt, dass die Wunden seit mehreren Jahren bestehen, der Klient Schmerzen beim Gehen hatte und dass durch Bandagen eine starke Rötung der Unterschenkel hervorgerufen wurde. Daher wollte der Klient zu Beginn der Behandlung nur Kompressionsstrümpfe tragen. Schon nach zwei Wochen konnte eine deutliche Schmerzlinderung erkannt werden. Die Wundumgebung war jedoch vermehrt gerötet und juckend. So wurden nach ärztlicher Anordnung diese Bereiche mit Nerisona Salbe versorgt. Im Laufe der Verbandwechsel klagte der Klient immer wieder mal über Juckreiz in der Wundumgebung. Dieser wurde wie ärztlich angeordnet immer mit Nerisona Salbe versorgt und hat sich daraufhin gebessert.

Durch die Auswahl unserer Verbandsstoffe (siehe 6.3 Auswahl der Verbandsstoffe) war jedoch der Umfang der Füße größer geworden und das Anziehen der Kompressionsstrümpfe verursachte vermehrte Schmerzen. Daher entschieden wir uns mit Absprache des Klienten im Jänner auf Bandagen umzusteigen. Diese werden von dem Klienten seither gut toleriert und die Schmerzen wurden wieder weniger.

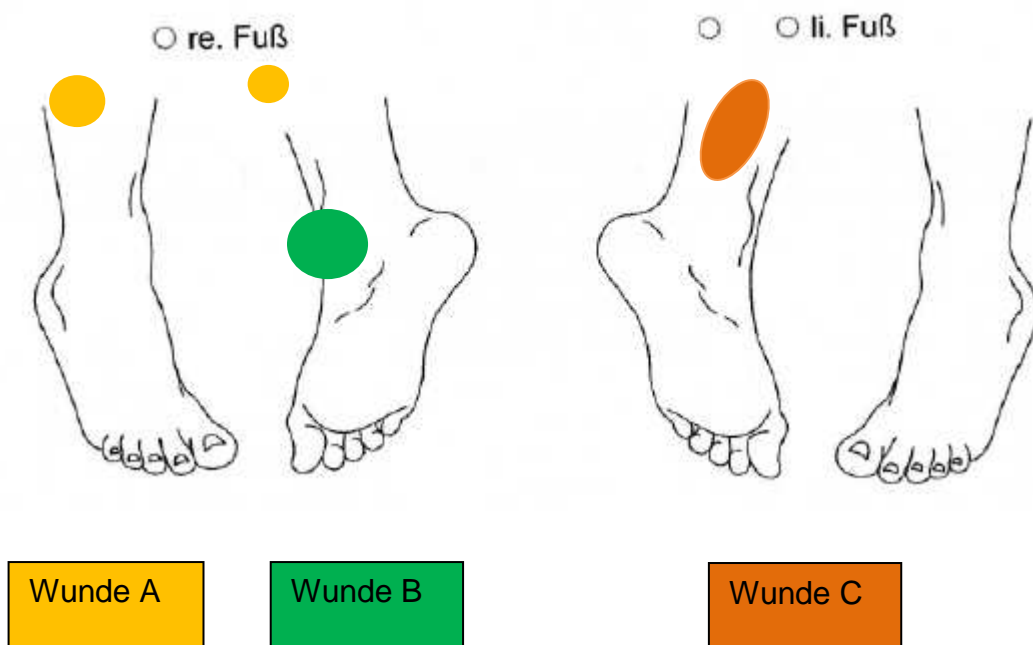
Mitte März kam es zu einer teilweisen Stagnierung und Verschlechterung aller Wunden. Uns war zu Beginn nicht klar, ob dies auf den vorliegenden viralen Infekt des Klienten zurück zu führen war. Im Nachhinein, bestätigte sich diese These

jedoch, denn nach überstandenerm Infekt setzte die Wundheilung bei Wunde A und B wieder ein. Wunde B wies vermehrt starke Beläge auf und ging mehr in die Tiefe. Wunde C hat sich deutlich verschlechtert, vermehrt schmierige Beläge und Vergrößerung der Wundgröße lagen vor. Die Wunden waren zu dieser Zeit vermehrt schmerzempfindlicher.

Bei Wunde C wurde die Wundsituation trotz Behandlung mit Octenisept und Octenilingel in Kombination mit Algisite nur sehr langsam besser. Zur Behandlung der Schmerzen wurde vom Arzt ein Xylocain Gel angeordnet. Der Klient gibt seither kaum Schmerzen beim Versorgen der Wunde an.

6.2.1.3 Wundinspektion

Nachfolgend werden die drei Wunden genau beschrieben und dargestellt. Die angeführte Grafik soll einen Überblick über die beschriebenen Wunden geben.



Wunde A

- Lokalisation: Wund A besteht aus zwei kleineren Wunden, die sich am rechten Unterschenkel, unterhalb des Knies bzw. Schienbein befinden.
- Wundgröße: wird in cm angegeben

	Dezember 2014		Jänner 2015		März		April	
Länge	3	2,5	2,5	1,5	2	1,2	1,5	1
Breite	2,5	2,5	2	1,5	1,8	1,2	1,6	0,5

- Lokale Infektionszeichen: Zu Beginn der Behandlung Rötung, ab Ende Jänner keine erkennbar.
- Wundumgebung: Zu Beginn gerötet und schuppig, Durch Hautpflege nach kurzer Zeit intakt. Anfang April für kurze Zeit wieder Verschlechterung, hat sich jedoch bis Mitte April wieder gebessert.
- Wundrand: im Dezember noch trocken, rissig, teilweise mazeriert. Hat sich durch eingesetzten Wundrandschutz deutlich gebessert, derzeit intakt.
- Wundexsudation: Zu Beginn serös, jetzt kein Exsudat mehr.
- Wundgrund:
 - Fibrinbelag: zu Beginn ausgeprägt über ganzen Wundgrund, hat sich mit entsprechender Wundtherapie verbessert. Ist teilweise immer noch fest haftend.
 - Granulation: frisch rot, kleine Inseln erkennbar
 - Epithelisierung: Beginn vom Rand her

- Wundreinigung/ Antiseptik:
Hausarzt führt kein chirurgisches Debridement durch daher autolytisch mit Octenilingel und seit März Hydrosorbgel. Wundreinigung wird mit NaCl 0,9% durchgeführt, zu Beginn wurde noch mit Octenisept gearbeitet, wurde nach einer Woche abgesetzt.
- Therapie:
 - Wundauflage/ Sekundärverband: Mepilex
 - Fixierung: unsterile Tupfer und Raucalast
 - Wundrandschutz: Bepanthen plus
 - Häufigkeit des Verbandwechsels: dreimal wöchentlich, seit März zweimal wöchentlich
- Wundschmerz: durchschnittlich 2 (Schmerzskala 1-10)
- Zusatzmaßnahmen:
 - Kompressionsverband
 - Hautpflege mit Excipial
 - Füße waschen

Wunde B

- Lokalisation: Innenknöchelbereich des rechten Fußes
- Wundgröße: in cm

	Dezember 2014		Jänner 2015		März		April	
Länge	3,5	1,5	3	2	3	2	3	2
Breite	3	1,5	2,5	1,5	2,5	1,5	2,5	1,5
Tiefe	0,2-0,3		0,2	0,2-0,3	0,2		0,2	

- Lokale Infektionszeichen: Zu Beginn Rötung und Schwellung, Jänner nur mehr Rötung, ab März keine Infektionszeichen mehr erkennbar.
- Wundumgebung: schuppig, gerötet, Ödem und mazeriert (zu Beginn)
- Wundrand: zerklüftet, wulstig, gerötet und mazeriert; im März nur mehr wulstig, gerötet und teilweise mazeriert
- Wundexsudation: zu Beginn wenig blutig, eitrig; derzeit wenig serös
- Wundgrund:
 - Fibrinbelag: kontinuierlich fest haftend
 - Granulation: blass
- Debridement: autolytisch mit Octenilingel und Hydrosorbgel
- Wundreinigung/ Antiseptik: zu Beginn Octenisept für eine Woche, derzeit nur mit NaCl 0,9%
- Therapie:
 - Wundfüller: Algisite
 - Wundaufgabe/ Sekundärverband: Mepilex
 - Fixierung: unsteriler Tupfer und Raucalast
 - Wundrandschutz: zu Beginn Zinkcreme, derzeit mit Bepanthen plus
 - Wundumgebung: teilweise Nerisona Salbe (laut Arztbrief der Klinik bei Juckreiz einsetzen)
 - Häufigkeit der Verbandwechsel: dreimal wöchentlich
- Wundschmerz: zwischen 1 und 2 (Schmerzskala 1-10)
- Zusatzmaßnahmen:
 - Kompressionsverband
 - Hautpflege mit Excipial
 - Füße waschen

Wunde C

- Lokalisation: linker Unterschenkel
- Wundgröße: auf der angegebenen Fläche befinden sich unterschiedlich große Ulcera

	Dezember 2014	Jänner 2015	März	April
Länge	10	deutlich weniger und kleiner	3 Stellen 1x1 cm	4 Stellen in unterschiedlicher Größe
Breite	5			
Tiefe	0,1		oberflächlich	0,2-0,3

- Lokale Infektionszeichen: zu Beginn Rötung, nach kurzer Zeit keine mehr erkennbar.
- Wundumgebung: schuppig und gerötet
- Wundrand: trocken/ rissig, zerklüftet und gerötet
- Wundexsudat: zu Beginn blutig eitrig, hat sich jedoch sehr schnell gelegt, derzeit teilweise serös.
- Wundgrund:
 - Fibrinbelag: fest haftend
 - Granulation: frisch rot
 - Epithelisierung: Beginn vom Rand her
- Debridement: autolytisch mit Octenilingel
- Reinigung/ Antiseptik: NaCl 0,9% und Octenisept

- Therapie:
 - Wundfüller: seit April Algisite (davor keinen)
 - Wundaufgabe/ Sekundärverband: Mepilex
 - Fixierung: unsteriler Tupfer und Raucalast
 - Wundrandschutz: Bepanthen plus
 - Häufigkeit des Verbandwechsels: dreimal wöchentlich
(zwischen durch zweimal wöchentlich)

- Wundschmerz: 1-2; im April 4 (Schmerzskala 1-10)

- Zusatzmaßnahmen:
 - Kompressionsverband
 - Hautpflege mit Excipial
 - Füße waschen

6.2.1.4 Istzustand der Wunden Mai 2015

Wunde A

- Wundgröße:
Wunde am Schienbein ist vollständig abgeheilt. Zweite Wunde hat eine Größe von 0,5 x 0,5 cm.
- Lokale Infektionszeichen: keine
- Wundumgebung: intakt und teilweise gerötet
- Wundrand: intakt
- Wundexsudat: derzeit nur wenig bis kein Wundexsudat
- Wundgrund:
 - Fibrinbelag: fest haftend
 - Epithelisierung: Beginn vom Rand her
- Debridement: autolytisch mit Hydrosorbgel
- Reinigung/ Antiseptik: NaCl 0,9%
- Therapie:
 - Wundauflage/ Sekundärverband: Mepilex
 - Fixierung: unsteriler Tupfer und Raucalast
 - Wundrandschutz: Bepanthen plus
 - Häufigkeit des Verbandwechsels: zweimal wöchentlich
- Wundschmerz: 1 (Schmerzskala 1-10)
- Zusatzmaßnahmen: siehe oben

Wunde B

- Wundgröße:

Länge	3,5 cm	2,5 cm
Breite	2,2 cm	1,8 cm
Tiefe	2 mm	2 mm

- Lokale Infektionszeichen: keine
- Wundumgebung: schuppig und teilweise gerötet
- Wundrand: wulstig, gerötet
- Wundexsudat: mäßig bis wenig Wundexsudat
- Wundgrund:
 - Fibrinbelag: fest haftend
 - Granulation: blass
 - Epithelisierung: Beginn vom Rand her
- Debridement: autolytisch mit Hydrosorbgel
- Reinigung/ Antiseptik: NaCl 0,9%
- Therapie:
 - Wundauflage/ Sekundärverband: Mepilex
 - Fixierung: unsteriler Tupfer und Raucalast
 - Wundrandschutz: Bepanthen plus
 - Häufigkeit des Verbandwechsels: dreimal wöchentlich
- Wundschmerz: 2 (Schmerzskala 1-10)
- Zusatzmaßnahmen: siehe oben

Wunde C

- Wundgröße:
Auf 5 x 3 cm befinden sich unterschiedlich viele Ulcera mit einer Tiefe von 1 mm.
- Lokale Infektionszeichen: Rötung
- Wundumgebung: schuppig und teilweise gerötet
- Wundrand: zerklüftet, mazeriert
- Wundexsudat: mäßig bis wenig Wundexsudat
- Wundgrund:
 - Fibrinbelag: fest haftend
 - Granulation: blass
 - Epithelisierung: Beginn vom Rand her
- Debridement: autolytisch mit Hydrosorbgel
- Reinigung/ Antiseptik: NaCl 0,9%
- Therapie:
 - Wundaufgabe/ Sekundärverband: Mepilex
 - Fixierung: unsteriler Tupfer und Raucalast
 - Wundrandschutz: Bepanthen plus
 - Häufigkeit des Verbandwechsels: dreimal wöchentlich
- Wundschmerz: 2-3 (Schmerzskala 1-10)
- Zusatzmaßnahmen:
Wundbehandlung mit Xylocain Gel. Weitere Maßnahmen siehe oben.

6.2.2 Auswahl der Verbandstoffe

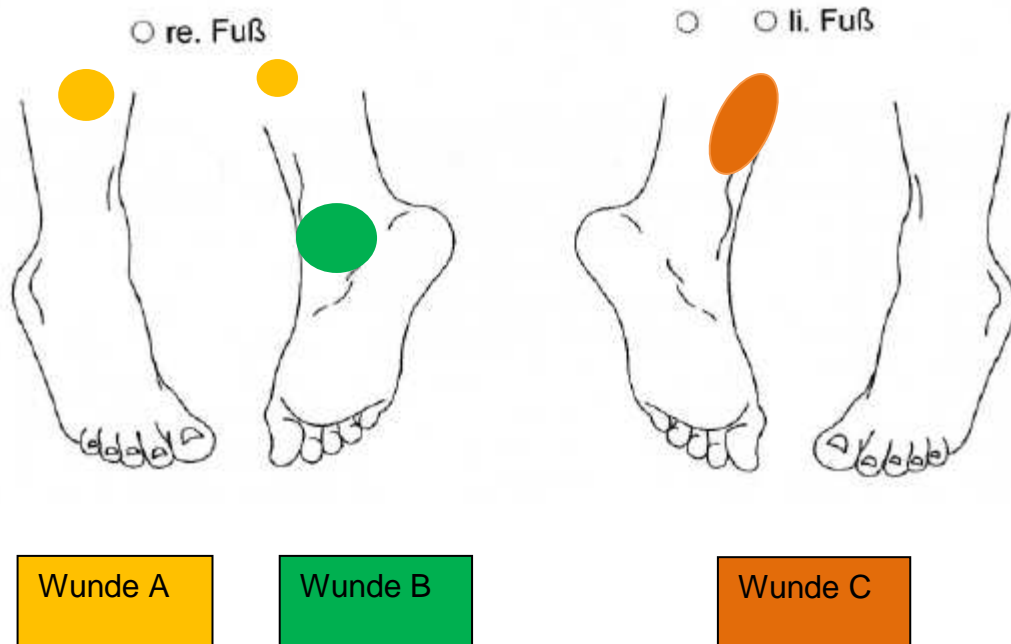
Die Auswahl für die verwendeten Verbandsmaterialien wurde anhand des Wissens über die moderne Wundversorgung und der gelisteten Verbandstoffe der Tiroler Gebietskrankenkasse getroffen. Die Entscheidung Octenilingel beziehungsweise in weiterer Folge HydrosorbGel zu verwenden basiert auf der positiven Erfahrung, die in unserem Sprengel mit diesen Produkten gemacht wurde. Weiteres führen die meisten unserer Hausärzte kein chirurgisches Debridement durch und so muss auf das autolytische Debridement umgestiegen werden. Als Wundfüller wurde Algisite verwendet, da es sich gut der Wundform anpasst und gut aus der Wunde entfernt werden kann. Als Sekundarverband wurde Mepilex verwendet, da auf dieses Produkt keine Kontaktallergie des Klienten bestand und daher gut vertragen wurde. Dieser Verband wurde mit unsterilen Tupfern und Raucalast fixiert und darüber ein Kompressionsverband angelegt. Der Klient beließ den Kompressionsverband immer bis zum nächsten Verbandswechsel an. Für die endgültige Fixierung sorgten Nylonstrümpfe die bis unters Knie reichten. Bepanthen plus wurde als Wundrandschutz verwendet, da der Klient es als angenehm kühlend empfand.

Zur Hautpflege wurde Excipial herangezogen, zum einen, da der Klient dieses Produkt schon kannte und es zuvor schon selbstständig verwendet hat. Zum anderen, da es sich gut auf die Haut auftragen lässt und relativ schnell einzieht.

6.2.3 Fotodokumentation

Nachfolgend wird der Heilungsverlauf der zuvor beschriebenen Wunden anhand von Fotos dargestellt.

Wundlokalisierung:



Dezember 2014



Wunde A

Wunde B



Wunde C

Jänner 2015



Wunden B und C (leider schon mit Wundrandschutz)

März 2015



Wunden A und B

April 2015



Wunden A, B, C

Mai 2015



Wunden A, B, C

7 Literaturverzeichnis

Brüggemann J. et al. (2001). Grundsatzstellungnahme Dekubitus. Medizinisch-pflegerische Grundlagen Prophylaxe und Therapie. Projektgruppe 32

Buchhammer T. (2011). Dekubitus und Dekubitusprophylaxe auf der Intensivstation. Wien

Deutsche Dekubitusliga (2009). Das Problem Dekubitus. <http://www.deutsche-dekubitusliga.de/mainmenu/das-problem-dekubitus/> (13.4.2015)

European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel (2009). Leitlinie Dekubitus Prävention. Eine Kurzanleitung. National Pressure Ulcer Advisory Panel. Washington DC

Institut für Innovationen im Gesundheitswesen und angewandte Pflegeforschung e.V. (2011). Wichtige Informationen zur Anwendung von Dekubitus-Risiko-Skalen. In: Pflege-Info 4. Bremervörde

Jordan Xavier (2012). Decubitus, Störfall im Gesundheitswesen. In: Rehab Basel. S. 2-15

Kolbinger A. (2008). Die Waterlow-Skala – ein valides Instrument zur Erfassung des Dekubitusrisikos?. Hamburg. MIN-Fakultät Universität Hamburg

Kottner J., Tannen A., Dassen T. (2008). Die Interrater-Reliabilität der Braden Skala. Berlin. Verlag Hans Huber. S. 85-94

Marcher E., Rappold E. (2004). „I think university education is essential“. In: Österreichische Pflegezeitschrift 08-09/04. S. 23-25

National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (2014). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Cambridge Media. Perth

Schlömer G. (2003). Dekubitusrisikoskalen als Screeninginstrumente- Ein systematischer Überblick externer Evidenz. Hamburg. Urban & Fischer Verlag. S. 33-46

Wechselberger C. (2010). Wundmanagement in der Palliativbetreuung. Wien

Dankesworte

Auf diesem Weg möchte ich mich bei ein paar Personen bedanken, durch die es erst möglich gewesen ist, die Weiterbildung Wundmanagement zu beginnen.

Ein besonderer Dank gilt meiner Familie und meinem langjährigen Freund, die mich immer wieder aufs Neue motiviert und angetrieben haben nicht aufzugeben bzw. mich weiter zu entwickeln. Weiters meinen beiden Vorgesetzten DGKS Elisabeth Kecht und Sonja Schwarzer, die mir im letzten halben Jahr bei der Dienstplangestaltung sehr entgegen gekommen sind.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet wurden. Diese Arbeit wurde noch nicht anderweitig eingereicht.

Innsbruck, Juni 2015

Anna-Maria Zimak, BScN