

VI. Weiterbildung „Wunddiagnostik und Wundmanagement“

der Österreichischen Gesellschaft für vaskuläre Pflege

Wiener Medizinische Akademie, Alserstraße 4, 1090 Wien

Thema:

Konzept zur einheitlichen Wunddokumentation

im Krankenhaus Hochzirl

Abschlussarbeit

Autorin: DGKS Claudia Rist

Betreuer: DGKP Mag. Dr. Vlastimil Kozon PhD.

Wien, Dezember 2006

Inhaltsverzeichnis

	Zusammenfassung	3
1.	Einleitung	
1.1.	Thema	3
	Konzept zur einheitlichen Wunddokumentation im KH Hochzirl	
1.2.	Frage	4
	Welche positiven Auswirkungen lassen sich erwarten?	
1.2.1.	Ziele	4
	Erstellung und Umsetzung eines standardisierten Wunddokumentationsformular mit Digitalfotografie im KH Hochzirl	
1.3.	Literaturrecherche und Literaturanalyse der relevanten Quellen	4
2.	Methode	9
2.1.	Beschreibung der Datenerhebungsmethode	
2.2.	Beschreibung der Datenauswertungsmethode	
2.3.	Beschreibung der Datendarstellungsmethode	
3.	Ergebnisse	10
3.1.	Erstellung eines standardisierten Wunddokumentationsformular und Erprobung auf der eigenen Station	10
3.1.2.	Überarbeitung des Wunddokumentationsformular nach Evaluierung und Interviewanalyse	10
3.1.3.	Vorstellung und Begutachtung des Wunddokumentationsformular in der Pflegedirektion	10
3.1.4.	Präsentation des Wunddokumentationsformular vor den Stationsleitungen des Krankenhauses	10
3.1.5.	Beurteilung des Wunddokumentationsformular von externen Experten	11
3.1.6.	Nochmalige Evaluierung und Adaptierung des Wunddokumentationsformulars	11
3.2.	Umsetzung des Konzeptes im KH Hochzirl	11
3.2.1.	Unterstützende und beratende Tätigkeit	11
4.	Diskussion	12
5.	Literaturverzeichnis	13
6.	Anhang	14

Zusammenfassung

Bisher erfolgte die Dokumentation von chronischen Wunden, über mehrere Formulare verteilt, mit und ohne Zusatz eines Ausdrucks einer Digitalfotografie.

Der Heilungsverlauf einer Wunde war nicht übersichtlich und leicht nachvollziehbar festgehalten. Nach ausführlicher Literaturrecherche und mittels Kollegeninterviews wurde die erste Version eines Wunddokumentationsformulars erarbeitet. Zum jetzigen Zeitpunkt befindet sich das Dokumentationsblatt auf der zweiten qualitativen Stufe. Bis zur Umsetzung des „Konzepts zur einheitlichen Wunddokumentation im KH Hochzirl“, soll die dritte Qualitätsstufe erreicht werden. Die Einführung des Dokumentationsformulars gewährleistet Übersichtlichkeit und Nachvollziehbarkeit. Eine Reduktion der Behandlungsdauer, ein gesteigertes Kostenbewusstsein bei den Mitarbeitern und letztlich eine Verminderung der Gesamtkosten für das Krankenhaus lassen sich erwarten. Eine gut geführte Wunddokumentation dient dazu, Behandlungsmethode, Wundheilungsverlauf und Effizienz der lokaltherapeutischen Maßnahmen festzuhalten. Das führt zu einer Qualitäts- und Erfolgssicherung für die Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden im KH Hochzirl.

1. Einleitung

1.1. Thema: Seit mehr als fünf Jahren, gilt mein Interesse, der Betreuung von Patienten mit chronischen Wunden. Wann immer es mir möglich war, besuchte ich diverse Fortbildungen zu diesem Thema. Nach mehreren Mitarbeiterfördergesprächen mit meiner Stationsleitung stand eine fundierte Ausbildung, im Bereich des Wundmanagement, ganz oben auf meiner „Wunschliste“. Im Frühjahr 2006 erhielt ich von der Pflegedirektion die Zusage, dass ich mit der Weiterbildung zum Wundmanager im Herbst dieses Jahres beginnen kann. Bereits nach wenigen Tagen der Ausbildung war mir klar, dass die Wunddokumentation in Hochzirl noch zu optimieren ist. Die bisherige Dokumentation erfolgte, verteilt auf verschiedene Formulare. Ein ganzheitliches Bild über den Heilungsverlauf einer chronischen Wunde, konnte man nur erhalten, wenn man bis zu fünf Dokumentationsbögen zur Hand nahm. Nach Rücksprache mit der Pflegedirektion, erhielt ich den Auftrag im Rahmen meiner Abschlussarbeit: „Ein Konzept zur einheitlichen Wunddokumentation im KH Hochzirl“, zu erstellen.

1.2. Untersuchungsfrage:

Dadurch stellt sich für mich die Frage:

Welche positiven Auswirkungen lassen sich durch die Umsetzung des Konzepts erwarten?

1.2.1. Ziele die sich aus dieser Frage ergeben:

- ◇ Einheitliche Wunddokumentation mittels für Hochzirl standardisierten Wunddokumentationsformulars und Fotodokumentation
- ◇ Vereinfachte, nachvollziehbare Dokumentation
- ◇ Kontinuität – und Qualitätssicherung
- ◇ Erhöhtes Kostenbewusstsein und Kostentransparenz
- ◇ Multiprofessionelle Zusammenarbeit (Ärzte und Pflege)

1.3. Literaturrecherche und Literaturanalyse der relevanten Quellen

1.3.1. Recherche im KH Lienz:

Übermittlung und Besprechung des im KH Lienz verwendeten Wunddokumentationsformular. Auskünfte laut DGKS Silke Moser Kardiologie und DGKS Manuela Kraner Intensivstation am 15. 09. 2006.

1.3.2. Mittels Internet:

Für den Entwurf eines Wunddokumentationsformular für das KH Hochzirl am 15. und 16.09. 2006

1.3.3. Auswertung der Kursunterlagen

Analyse der Kursunterlagen der Weiterbildung „Wunddiagnostik & Wundmanagement“, von N. Fortner und V. Kozon vom September 2006

1.3.4. Literaturrecherche/Definition

Wunde: Unter Wunde versteht man jede Verletzung der Haut. Die intakte Haut ist das wesentliche Organ der Abwehr gegenüber bakteriellen Infektionen.

Chronische Wunde: Eine Wunde zeigt innerhalb der ersten 4 - 6 Wochen eine ausgeprägte Heilungstendenz, bzw. sie heilt ab. In der Literatur sind einige verschiedene Definitionen zur chronischen Wunde zu finden, die häufig von einer chronischen Wunde sprechen, wenn innerhalb der ersten 4 - 6 Wochen keine Heilungstendenzen erkennbar sind. Der Sonderfall sind großflächige Wunden, die wegen ihrer Größe und Ausdehnung mehr Zeit zur Abheilung benötigen. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass eine chronische Wunde, nie die Erkrankung an sich, sondern ausschließlich ein spezifisches Symptom einer z.B. vaskulären Erkrankung ist. (Fortner, 2006,6)

Konzept: Leitlinie und Empfehlungen zur Sicherung guter epidemiologischer Praxis. Definition im Web, thieme-connect.com (3.11.2006)

Einheitlich: Gleichmäßig, einhellig
Canoo.net Wörterbuch www.canoo.net (1.11.2006)

Dokumentation: Darunter versteht man die Nutzbarmachung von verschiedenen Informationen zur weiteren Verwendung. Ziel der Dokumentation ist es die dokumentierten Objekte, gezielt auffindbar zu machen. Definition von Dokumentation in Web.
www.de.wikipedia.org/wiki/dokumentation (1.11.2006)

Schritte des Erstellungsprozesses von Pflegedokumenten und Standards:

Eine qualitativ abgesicherte Entwicklung der Dokumente in der Praxis benötigt bestimmte Phasen. Dabei kann man sich an folgenden praktischen Schritten orientieren:

1. Auswahl des relevanten Themas.
2. Analyse der Patientengruppen und Abgrenzung des Bereiches für die Gültigkeit der Standards bzw. des Dokumentationsblattes.

3. Literatursuche und Analyse/Synthese (besonders wissenschaftliche Publikationen).
4. Erster Entwurf des Standards bzw. des Dokumentationsblattes durch eine Expertengruppe.
5. Begutachtung durch Praktiker und Experten für den Bereich (=zweiter Entwurf).
6. Probeanwendung in der klinischen Praxis (1-3 Monate), mindestens 30 Fälle mit Anwendung der Standards bzw. des Dokumentationsblattes.
7. Analyse und Evaluation des Probelaufs durch Auswertung von mindestens 30 angewandten Standards, gegebenenfalls Korrektur (=dritter Entwurf).
8. Vidende durch den/die BereichsleiterIn.
9. Anwendung in der Praxis.
10. Jährliche Kontrollen und Korrekturen durch AutorInnen respektive Expertengruppe.

Diese zehn Schritte zur Erstellung von Dokumenten haben eine prozessuale Reihenfolge. Eine sehr wichtige, aber oft unterschätzte Rolle spielt die Literaturrecherche. Eine Literaturrecherche durch wissenschaftliche Datenbanken, Internet und Bibliotheken soll grundsätzlich in der Vorbereitungsphase durchgeführt werden.

Wir unterscheiden 3 qualitative Stufen bei der Entwicklung von Pflegedokumentationsblättern und Standards.

- ◇ **Der erste Entwurf** des Standards bzw. der Pflegedokumentation soll durch eine sogenannte interne Expertengruppe entwickelt werden. Diese Gruppe soll aus Fachfrauen/-männern gebildet werden, die in dem Fachbereich mehrjährige Erfahrung haben, sich fortbilden und selbst motiviert sind, die eigene Arbeit zu verbessern. Jedes Mitglied der Expertengruppe soll die vorgeschlagene Version begutachten, die Verbesserungsvorschläge sollen in der Gruppe besprochen und Verbesserungen eingearbeitet werden.
- ◇ **Der zweite Entwurf** wird durch Begutachtung von externen BeraterInnen weiterentwickelt. Dazu sind besondere Fachspezialisten aus dem gleichen Bereich in anderen Institutionen, Städten bzw. wenn gewünscht auch aus dem Ausland, geeignet. Die Hauptautoren der ersten Version sollen die Verbesserungsvorschläge bearbeiten.
- ◇ **Der dritte Entwurf** soll nach der Probeanwendung der Standards/Dokumentation in der Praxis und nach der Analyse der angewandten Dokumente entstehen.

Es soll eine Analyse und Evaluation des Probelaufs durch Auswertung von mindestens 30 angewandten Standards durchgeführt werden, gegebenenfalls Korrektur (=dritter Entwurf). Es ist vorteilhaft ein systematisches Interview mit den Anwendern durchzuführen, welche die Positiva und Negativa der entwickelten Dokumente nennen sollen. Die Verbesserungen sollen wieder eingearbeitet werden.

Erst nach der Probeanwendung in der Praxis (dritte Version) soll man die neu entwickelten Dokumente durch die BereichsleiterInnen vidieren lassen und in der Praxis zur ständigen Anwendung nutzen. Eine regelmäßige Kontrolle der Standards bzw. Dokumentationsblätter und deren Aktualisierung ist eine ständige Aufgabe der AutorInnen. Diese Aufgabe benötigt immer die Unterstützung von den jeweiligen BereichsleiterInnen. (Kozon, 2006, 66-67)

Was soll eine gute Wunddokumentation beinhalten:

◇ **Anamnese:**

- ◇ Entstehungsanamnese
- ◇ Behandlungsanamnese

◇ **Wunddiagnostik:**

- ◇ Wundart, Lokalisation
- ◇ Äthiologie, Ursache
- ◇ Wundgröße (Länge, Breite, Tiefe, Fläche)
- ◇ Wundrand (glatt, unregelmäßig, bland, gerötet)
- ◇ Wundumgebung, Hautbeurteilung
- ◇ Wundexsudat (Beschaffenheit, Farbe)
- ◇ Wundgrund (Nekrose, Fibrin, Granulation, Epithelisation)
- ◇ Infektionsgrad (lokale und systemische Infektionszeichen, Bakteriologie)
- ◇ Wundphasen
- ◇ Eventuell allergische Reaktionen

◇ **Ziele:**

- ◇ Patient und Betreuungsperson sollen die gleichen Ziele haben

- ◇ **Maßnahmen:**
 - ◇ Lokalthérapeutische Maßnahmen
 - ◇ Begleitende Maßnahmen
 - ◇ Beratung, Information, Aufklärung
- ◇ **Anordnungs- und Durchführungsnachweis:**
 - ◇ Handzeichen des Arztes und der Pflegeperson
 - ◇ Datum, Uhrzeit
- ◇ **Evaluation:**
 - ◇ Heilungsverlauf und Wirkung aller gesetzten Maßnahmen
 - ◇ Eventuelle Änderung der Maßnahmenplanung – Begründung
 - ◇ Evaluationszeitraum
- ◇ **Begleitende Faktoren:**
 - ◇ Wundschmerz
 - ◇ Ernährungszustand
 - ◇ Einflussfaktoren auf die Wundheilung
- ◇ **Unterstützende Maßnahmen:**
 - ◇ Lagerungsmaßnahmen und =Systeme
 - ◇ Hautpflege
 - ◇ Orthopädische Schuhversorgung
 - ◇ Medikation
 - ◇ Präventive Maßnahmen – Prophylaxen
 - ◇ Risikoeinschätzungsskalen
 - ◇ Klassifikationsskalen/Gradeinteilung
 - ◇ Hinterlegte Standards
- ◇ **Eventuell eine Prognoseeinschätzung:**
 - ◇ Wird eher selten angewandt
(Fortner, 2006, 1)

2. Methode

2.1. Beschreibung der Datenerhebungsmethode

Bei der Zusammenstellung meiner Daten, die für meine Abschlussarbeit benötigt wurden, bediente ich mich folgender Methodik:

- ◇ Literaturrecherchen aus Büchern und Internet
- ◇ Unterlagen aus diversen Fort- und Weiterbildungen
- ◇ Eigene Erfahrungen und Beobachtungen aus meiner langjährigen Berufserfahrung
- ◇ Interviews mit Kollegen auf allen Stationen im Krankenhaus
- ◇ Interviews mit Kollegen aus anderen Krankenhäusern

2.2. Beschreibung der Datenauswertungsmethode

- ◇ Inhaltsanalyse aus meinen Literaturquellen, Kursunterlagen, Internetrecherchen und den Interviews.

2.3. Datendarstellungsmethode

- ◇ Die Erstellung meiner Arbeit erfolgte mittels Textdarstellung
- ◇ Erstellung eines Wunddokumentationsbogen für den Anhang

3. Ergebnisse

3.1. Erstellung eines standardisierten Wunddokumentationsbogen und Erprobung auf der eigenen Station:

Mein Ziel ist es Patienten mit chronischen Wunden professionell zu versorgen. Dazu gehört auch eine für den eigenen Bereich, standardisierte nachvollziehbare Wunddokumentation. Nach Auswertung aller meiner Daten wurde ein vorläufiger Entwurf eines Wunddokumentationsbogen von mir erstellt und auf der eigenen Station begutachtet und getestet. Den restlichen Stationen wurde der Entwurf zur Ansicht vorgelegt, mit der Bitte um Begutachtung, Korrektur und Verbesserungsvorschläge zu machen.

3.1.2. Erste Überarbeitung des Wunddokumentationsformulars:

Nach Evaluierung auf verschiedenen Stationen wurde eine Korrektur des Wunddokumentationsbogen durchgeführt und verschiedene Vorschläge eingearbeitet.

3.1.3. Vorstellung des Wunddokumentationsformulars in der Pflegedirektion:

Der Wunddokumentationsbogen wurde von mir in der Pflegedirektion vorgestellt und von Frau Mag. Pastorkovic einer Begutachtung unterzogen. Die Erlaubnis die Testphase auf das ganze Krankenhaus zu erweitern wurde erteilt.

3.1.4. Präsentation des Wunddokumentationsformulars bei der Stationsleiterbesprechung:

Es erfolgte eine Präsentation des Wunddokumentationsformulars vor allen neurologischen und internistischen Stationsleitungen des Hauses. Auf Wunsch der Pflegedirektion wurde nun die Testphase auf alle Stationen im KH Hochzirl erweitert. Eine zeitliche Begrenzung bis Jänner 2007 wurde beschlossen. In dieser Testphase werden noch regelmäßige Evaluierungen von mir durchgeführt und weitere Verbesserungsvorschläge gesammelt.

3.1.5. Beurteilung des Wunddokumentationsformular im externen Bereich:

Es wurde der Bogen mit der Bitte um Durchsicht und Korrektur an Kollegen im KH Lienz und Kollegen der Weiterbildung „Wunddiagnostik und Wundmanagement“ weitergereicht. Ferner erhielt Dr. V. Kozon als externe Fachmann, eine Dokumentationsblatt mit dem Ansinnen um Expertenberatung.

3.1.6. Letztmalige Evaluierung und Adaptierung des Wunddokumentationsformulars:

Nach Auswertung aller bis Ende Jänner 2007 gesammelten Daten und Informationen erfolgt eine letztmalige Adaptierung des Wunddokumentationsformulars vor der offiziellen Einführung.

3.2. Umsetzung des Konzeptes:

Nochmalige Überprüfung durch die Pflegedirektion und Freigabe zur Umsetzung des Konzeptes „Einheitliche Wunddokumentation im KH Hochzirl“.

3.2.1. Beratende und unterstützende Tätigkeit:

Nach Abschluss meiner Weiterbildung werde ich eine beratende und unterstützende Funktion im Haus wahrnehmen, da im Moment noch nicht die Ressourcen für einen eigenen Dienstposten im Wundmanagement, oder für den Aufbau einer Wundambulanz vorhanden sind.

4. Diskussion

Mit der bisherigen Form der Wunddokumentation im KH Hochzirl war eine leichte Nachvollziehbarkeit und Übersichtlichkeit nicht gewährleistet. Nach Literaturrecherche, Kollegeninterviews und Einhaltung der einzelnen Schritte des „Erstellungsprozesses für Plegedokumente“, wurde ein Wunddokumentationsformular entworfen. Dieses Blatt befindet sich zum jetzigen Zeitpunkt in der zweiten Qualitätsstufe. Meine Zielsetzung ist es, bis zur Umsetzung des „Konzepts zur einheitlichen Wunddokumentation im KH Hochzirl“, die dritte qualitative Stufe zu erreichen. Meine Empfehlung für die Praxis ist die Einführung des standardisierten Wunddokumentationsformulars. Dadurch lassen sich eine Optimierung in der Beurteilung der Wunde und der Wundumgebung erwarten. Das Festhalten einer gezielten Wunddiagnostik führt zu einem phasengerechten und adäquaten Einsatz moderner Wundauflagen. Durch eine professionelle Wunddokumentation werden das Kostenbewusstsein der Mitarbeiter und die Kostentransparenz gefördert. Übersichtlichkeit und Nachvollziehbarkeit helfen überflüssige Verbandswechsel zu vermeiden. Die Reduktion der Behandlungsdauer lassen eine Kostenverminderung für das Krankenhaus erwarten. Als unterstützende Maßnahme ist eine Nachschlagehilfe (Produkte, Wirkungsweise, Preisliste) geplant. Eine gut geführte Wunddokumentation dient dazu, Behandlungsmethode, Wundheilungsverlauf und Effizienz der lokaltherapeutischen Maßnahmen festzuhalten und führt somit zu einer Qualitäts- und Erfolgssicherung in der Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden für das KH Hochzirl.

5. Literaturverzeichnis

Coloplast Austria Wunddokumentation A 3 Bogen

www.coloplast.at/Ecompany/Atmed/Homepage.nsf/ (13.09.2006)

Daumann, S. (2005): Wundmanagement und Wunddokumentation.

Kohlhammer, Stuttgart.

Dokumentation: Definition im Web

www.de.wikipedia.org/wiki/dokumentation (04.11.2006)

Einheitlich: Definition im Web, canoonet Wörterbuch

www.canoo.net/-7k- (01.11.2006)

Fortner, N. (2006): Grundlagen der Wundversorgung. Kursunterlagen der Weiterbildung „Wunddiagnostik & Wundmanagement“, ÖGVP, Wien.

Fortner, N. (2006): Moderne Wunddiagnostik, Möglichkeiten und Formen der Wunddiagnostik. Kursunterlagen der Weiterbildung „Wunddiagnostik und Wundmanagement“, ÖGVP, Wien.

Journal Med – Wunddokumentation Neues Formular will Erfassung.....

www.journal.de/newsview.php?id=13134-37 (16.09.2006)

Kammerlander, G. (2000) Schulungsunterlagen, KCI – Austria

Salzburg.

Kammerlander, G. (2002) Schulungsunterlagen „Wundakademie“

Linz

Konzept: Definition im Web

www.thieme-connect.com (01.11.2006)

Kozon, V.; (2006): Die Entwicklungsschritte einer (guten) Wunddokumentation.

In: Kozon, V.; Fortner, N. (Hrsg.): Wundmanagement Pflegephaleristik.

ÖGVP Verlag, Wien, 65-78.

Kozon, V. (2006): Der vaskuläre Patient und chronische Wunde. Kursunterlagen der Weiterbildung „ Wunddiagnostik und Wundmanagement“. ÖGVP, Wien.

Kozon, V. (2006): Pflegeforschung und Entwicklungsprojekte. Kursunterlagen der Weiterbildung „ Wunddiagnostik und Wundmanagement“. ÖGVP, Wien.

Kozon, V. (2006): Angewandte Pflegeforschung. Kursunterlagen der Weiterbildung „Wunddiagnostik und Wundmanagement“. ÖGVP, Wien.

Krammel, M. (2006): Aufbau eines professionellen Wundversorgungsteam im Krankenhaus, Abschlussarbeit, Juni, Wien.

Pflegedokumentation

www.medizininfo.de/wundmanagment/pfdoku.-19k- (15.09.2006)

Wunde: Definition im Web

www.netdokter.de/ratschlaege/fakten/wundversorgung (01.11.2006)

Wunddokumentation per Digitalkamera zuverlässig und sinnvoll

www.gesetzeskunde.de/Medizin-Infos/Telemedizin/digital (15.09.2006)

Wunddokumentation zur Qualitätssicherung

www.medizininfo.de/wundmanagment/servwunddoku.hmt-16k- (18.09.2006)

Wunddokumentation Pflege Wiki

www.pflegewiki.de/wiki/wunddokumentation (18.09.2006)

Wunddokumentation – Wundbeschreibung und Wundtherapie

www.thomashilfen.de/thevo/inhalt/praxistest/wunddokumentation/einfuehrung.htm-23k-
(15.09.2006)

Wundkompetenzzentrum Ganda Bauernfeind

www.wundkompetenzzentrum.de/ufer.htm-17k- (16.09.2006)

Weitere Informationsquellen:

Interview mit:

Eckerl B. DGKS und Pflegedienstleitung Agnesheim, Niederösterreich, Wien am,07.10.2006.

Egartner K. DGKS Wunddokumentation an der plastischen Chirurgie in Innsbruck, Wien am,10.09.2006.

Fichtinger R. DGKP Rehabilitationszentrum „Weißer Hof“, Wien am,07.11.2006.

Kraner M. DGKS Wunddokumentation im KH Lienz, Hochzirl am 15.09.2006.

Moser S. DGKS Wunddokumentation im KH Lienz, Hochzirl am, 15.09.2006.

Peller A. DGKS Wundberaterin, Wien am 07.11.2006.

6. Anhang

Wunddokumentationsbogen für das Krankenhaus Hochzirl erstellt von DGKS Rist Claudia im Oktober 2006. (A4 – Bogen, doppelseitig)