
Pflege-Info 4

Wichtige Informationen zur Anwendung von Dekubitus-Risiko-Skalen

IGAP

Institut für Innovationen im Gesundheitswesen
und angewandte Pflegeforschung e.V.

pflegewissenschaft

Liebe Leserinnen und Leser,

zur Verhütung eines Druckgeschwürs ist es zunächst wichtig, das Dekubitusrisiko des Patienten zu ermitteln. Um dieses Risiko festzustellen, sollte eine standardisierte Risikoerhebung mittels einer anerkannten Skala vorgenommen werden. Zur Anwendung in der Praxis bedarf es des aktuellen Wissens über die Entstehung von Druckgeschwüren und die Auswirkung von Dekubitusrisikofaktoren.

Zudem müssen Pflegekräfte im praktischen Umgang mit Skalen geschult und angeleitet werden. Eine rein auf Theorie gestützte Anwendung reicht nicht aus. Wichtig ist, dass Pflegenden über das Wissen verfügen, welche Skala für ihr Patientenkontext geeignet ist, denn leider gibt es nicht „die universell“ einsetzbare Skala.

Welche Skala sollte benutzt werden ?

Um die Frage „Welche Skala sollen wir in unserer Einrichtung benutzen?“, herrscht bei vielen Pflegenden eine gewisse Verunsicherung. In der Vergangenheit ist in Deutschland überwiegend die **modifizierte Norton-Skala** (nach Bienstein) eingesetzt worden. Heute finden andere Skalen, wie beispielsweise die **Braden-Skala**, ihren Einsatz in der deutschen Pflege. Wie bereits erwähnt, gibt es aber keine Skala, die für alle Settings passend ist.

Für den intensivpflegerischen Bereich empfiehlt sich der Einsatz der **Braden-Skala**. Die Reliabilität (wissenschaftliche Zuverlässigkeit) der Skala ist relativ hoch, da die einzelnen zu bewertenden Punkte recht ausführlich beschrieben werden. In diesem Punkt ist die Norton-Skala vergleichsweise unpräzise.

Die **Medley-Skala** ist, wie auch die Braden-Skala, eine Weiterentwicklung der Norton-Skala. Zu den Risikofaktoren der Norton-Skala kommen durch die Medley-Skala die Faktoren „gefährdende Krankheiten“, „Ernährung“ und „Schmerz“ hinzu. Gerade die Erhebung des Faktors Schmerz ist die Besonderheit dieser Skala.

Für den operativen Bereich in Akutkrankenhäusern eignet sich die **Waterlow-Skala**. Diese Skala ist in der Handhabung etwas aufwändiger und komplizierter als die oben genannten Skalen. In Großbritannien wird diese Skala jedoch schon seit Jahren mit Erfolg eingesetzt.

Zuletzt sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass sich die **modifizierte Norton-Skala** nach Bienstein nicht zur Risikoanalyse geriatrischer Patienten eignet. Der MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände) rät sogar von der Anwendung dieser Skala ab.

Wer sollte die Risikoerhebung vornehmen ?

Die Dekubitusrisikoerhebung sollte grundsätzlich durch Pflegekräfte vorgenommen werden. Hierzu zählen Krankenschwestern / -pfleger, Kinderkrankenschwestern / -pfleger und Altenpfleger / -innen.

Wie oft sollte das Dekubitusrisiko erhoben werden ?

Das Dekubitusrisiko muss unmittelbar zu Beginn des Pflegeauftrages erhoben werden. Eine Zweiterhebung nach 24 bis 48 Stunden kann sinnvoll sein. Die Erhebungen müssen nach einem individuell festgelegten Zeitabstand wiederholt werden. Diese Zeitabstände richten sich nach dem allgemeinen Status des Patienten. Bei Intensivpatienten kann beispielsweise eine tägliche Erhebung notwendig sein. Hingegen können wöchentliche oder zweiwöchentliche Abstände bei geriatrischen Patienten ausreichend sein.

Bei welchen Patienten sollte das Dekubitusrisiko erhoben werden ?

Bei vielen Patienten kann ein Dekubitusrisiko schon von vornherein ausgeschlossen werden. Handelt es sich beispielsweise um einen aktiven und mobilen Patienten (gilt nicht für Rollstuhlfahrer) ist die Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines Dekubitus mehr als gering. Die Einschätzung des Dekubitusrisikos muss immer dann erfolgen, wenn ein Risiko nicht sicher von vornherein ausgeschlossen werden kann.

Ein Dekubitusrisiko ist ermittelt !

Bei Identifizierung eines Dekubitusrisikos, werden zunächst Maßnahmen ergriffen, die die in erster Linie für einen Dekubitus ursächlichen Faktoren „Druck“ und „Zeit“ beeinflussen.

Gemäß dem Expertenstandard für Dekubitusprophylaxe in der Pflege wird ein individueller Bewegungsplan entwickelt, um zur Druckentlastung und Bewegungsförderung beizutragen.

Des Weiteren wird das geeignete, die Maßnahmen unterstützende Hilfsmittel ausgewählt. Das „beste“ Hilfsmittel gibt es nicht. Somit ist eine vereinheitlichte Standard-Versorgung keine Option. Die Eignung eines Hilfsmittels richtet sich nach dem individuellen Nutzen für den Betroffenen und muss individuell auf ihn abgestimmt sein.

Folgende Kriterien finden bei der Hilfsmittel-Auswahl Beachtung:

- Grunderkrankung des Patienten
- Pflege- und Therapieziele
- Maß der Eigenbeweglichkeit des Betroffenen
- Bedienbarkeit (Anwenderfreundlich)
- Soziales und pflegerisches Umfeld
(wer versorgt den Patienten und muss mit dem Hilfsmittel umgehen)
- Akzeptanz durch den Patienten (persönliche Bedürfnisse)
- Abwägung des zu erwartenden Nutzens

Zur Erleichterung der Wahl des geeigneten Hilfsmittels hatte der Spitzenverband der Krankenkassen dem aktuellen Hilfsmittelverzeichnis Erhebungsbögen zur Sitz- und Liegeversorgung beigelegt. Diese Erhebungsbögen, die bereits auf Empfehlungen des BVMed basierten, sind durch das Dekubitus-Forum des BVMed überarbeitet worden. Erstmals sind jetzt die **individuellen Bedürfnisse** des Betroffenen berücksichtigt und in **Versorgungsziele** umgesetzt, die bei der Wahl des Hilfsmittels beachtet werden. Neu ist auch die vorgesehene Überprüfung der **Ergebnisqualität**, die bei nicht Erreichen der Versorgungsziele zu einer Umversorgung führt.

Die Erhebungsbögen zur Hilfsmittelversorgung bei Dekubitus sind im Internet auf den IGAP-Seiten (www.igap.de) oder den Seiten des BVMed (www.bvmed.de) abrufbar.

Info-Service

Ich bin an weiteren Informationen interessiert. Bitte senden Sie mir:

- Broschüre „Dekubitus – Ein drückendes Problem“**
(Informationsschrift für pflegende Angehörige)
- Unterrichtsmaterial zum Thema „Dekubitus“**
(kostenpflichtig, weitere Informationen auf Anfrage)
- weitere Pflege-Infos, u.a. zum Thema „Demenz“**
(alle aktuellen Pflege-Infos auch kostenlos zum Download unter www.igap.de)

Absender:

IGAP · Tel.: 047 61/886 74 · Fax: 047 61/886 69 · www.igap.de

IGAP

Institut für Innovationen im Gesundheitswesen
und angewandte Pflegeforschung e.V.

Stader Str. 8 · 27432 Bremervörde
Tel.: 047 61/886 74 · Fax: 047 61/886 69
www.igap.de · info@igap.de