

INTENSIVPFLEGE

Das Dekubitusrisiko fachgerecht einschätzen

Assessment Immobilität, Beatmung, Monitoring – Intensivpatienten weisen häufig mehrere – wenn auch indirekte – Risikofaktoren für einen Dekubitus auf. Dennoch existiert bislang kein spezifisches Instrument, mit dem das Dekubitusrisiko von Intensivpatienten zuverlässig eingeschätzt werden kann. Die Intensivstationen der Kliniken Maria Hilf GmbH haben daher auf der Grundlage einer umfassenden Literaturrecherche ein eigenes Assessment entwickelt.

Von Annette von der Forst und Dr. Daniela Hayder-Beichel

Der Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) wird seit über zehn Jahren auf den Normal- und Intensivstationen der Kliniken Maria Hilf GmbH in Mönchengladbach umgesetzt. In den ersten Jahren wurde die Dekubitusgefährdung, wie in der Erstfassung des Expertenstandards empfohlen, mit der modifizierten Norton-Skala erhoben.

Norton-Skala zuverlässig?

Im Jahr 2010 wurde diese Empfehlung in der novellierten Fassung des Expertenstandards revidiert. Dies nahmen die Intensivstationen der Kliniken Maria Hilf GmbH zum Anlass, den Einsatz der modifizierten Norton-Skala auf den Prüfstand zu stellen. Die Analyse zeigte, dass das Instrument spezifische Risikofaktoren für Patienten auf Intensivstationen unzureichend einschließt: Beispielsweise werden Dekubitusrisiko-relevante Risikofaktoren wie Zu- und Ableitungen, Sedierung, Katecholamintherapie und Hypothermie nicht erfasst.

Die klinische Relevanz der Norton-Skala für Patienten auf der In-

tensivstation stellte sich somit als fraglich heraus. In der praktischen Anwendung zeigte sich zudem, dass die Planung der Pflegemaßnahmen zur Dekubitusprophylaxe nicht vom ermittelten Skalenwert abhängig gemacht wurde, sondern dass die Pflegefachpersonen das Dekubitusrisiko aufgrund ihres Fachwissens und Erfahrung einschätzten.

Vor diesem Hintergrund stellte sich die Frage, ob es ein anderes, wissenschaftlich überprüfbares Instrument zur Einschätzung des Dekubitusrisikos für intensivpflichtige Patienten gibt. Im Rahmen einer Literaturrecherche wurde ein Assessment-Instrument aus Großbritannien gefunden, das speziell zur Bewertung des Dekubitusrisikos für Patienten auf der Intensivstation entwickelt wurde (Sahin et al. 2008). Die Jackson-Cubbin-Skala wurde von den britischen Pflegefachpersonen Beverley Cubbin und Christine Jackson 1991 in Liverpool entwickelt. Es handelt es sich um eine Modifizierung der Norton-Skala, die um Items aus dem Intensivbereich ergänzt und in späteren Versionen um die Kategorien „medizinische Vorgeschichte“ und „Oxygenierung“ erweitert wurde (Jackson/Cubbin et al. 1991, Jackson et al. 1999). Schoberer und Kollegen

(2011) stellen anhand einer systematischen Literaturrecherche dar, dass die Jackson-Cubbin-Skala jedoch nur bei etwa 70 Prozent das Dekubitusrisiko richtig vorher-sagt.

Vor zehn Jahren wurde in einem Forschungsprojekt an der Charité Universitätsmedizin Berlin die Waterlow-Skala, die von der britischen Pflegewissenschaftlerin Judy Waterlow 1985 zur Einschätzung des Dekubitusrisikos entwickelt wurde, um zusätzliche intensivspezifische Parameter ergänzt (Campton et al. 2008). Doch es zeigte sich, dass das Dekubitusrisiko der Intensivpatienten mit diesem modifizierten Instrument nur unzureichend eingeschätzt werden konnte.

Intensivpatienten weisen spezifische Risiken auf

Weil ein valides Assessment-Instrument zur Einschätzung des Dekubitusrisikos von Intensivpatienten fehlt, wurde auf den Intensivstationen der Kliniken Maria Hilf GmbH beschlossen, ein eigenes Assessment-Instrument zu entwickeln. Dieses sollte die Vorgaben des aktuellen Expertenstandards erfüllen, die speziellen Risikofaktoren eines Intensivpatienten berücksichtigen, die klinische Einschätzung der Pflegefachperson un-

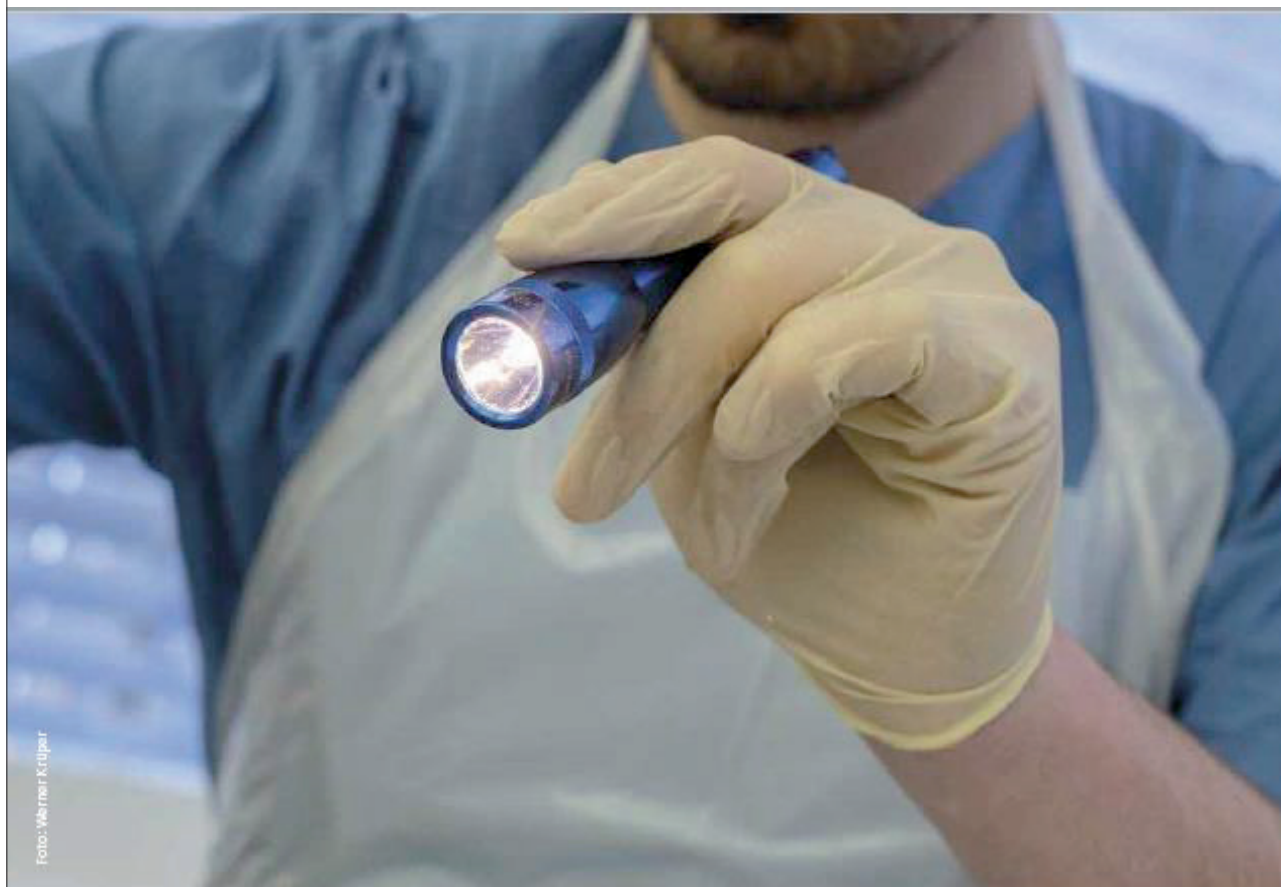


Foto: Weimer Kötter

Licht ins Dunkel bringen: Die Intensivstationen der Kliniken Maria Hilf GmbH entwickelten ein Assessment-Instrument, um die Dekubitusgefährdung der Patienten einschätzen zu können

terstützen und zeiteffektiv einzusetzen sein. Das zu entwickelnde Instrument sollte zudem in ein digitales Formular eingebettet werden können, das einen Maßnahmen- und Bewegungsplan beinhaltet. Ziel sollte es sein, alle relevanten Informationen zum Thema Dekubitus gemeinsam abzubilden.

Um ein Instrument zur Einschätzung des Dekubitusrisikos von Intensivpatienten zu entwickeln, wurden zunächst die allgemeinen und spezifischen Risikofaktoren analysiert.

Bei den allgemeinen Risikofaktoren ist die Druck- bzw. Schwerkraftwirkung von zentraler Bedeutung (DNQP 2017). Die schädigenden Effekte sind von der Zeitdauer und Stärke der Einwirkung abhängig, wobei zurzeit keine gültigen Schwellenwerte definiert werden können.

Weitere Faktoren, die einen direkten kausalen Zusammenhang mit der Dekubitusentstehung ha-

ben können, sind Immobilität, Hautzustand und schlechte Durchblutung. Folgende weitere Risikofaktoren erhöhen, in Kombination mit den kausal direkt wirkenden Faktoren, das Dekubitusrisiko: Harn-Stuhl-Inkontinenz, Hauttemperatur, Untergewicht, höheres Lebensalter, Diabetes mellitus.

Zu den spezifischen Risikofaktoren, die die Entstehung eines Dekubitus begünstigen, zählt die für gewöhnlich eingeschränkte Mobilität der Betroffenen. Die meisten Intensivpatienten sind primär bettlägerig. Sie können zur Mikrobewegung zwar häufig noch in der Lage sein, jedoch einen Positionswechsel nicht selbstständig durchführen. Beim Transfer aus dem Bett ist somit mindestens eine Pflegefachperson erforderlich, die das „Kabelmanagement“ übernimmt.

Folglich ist eine selbstständige Mobilisation der Patienten auf einer Intensivstation eher die Ausnahme. Die Erfassung der Mobili-

tät als Risikofaktor für einen Dekubitus muss daher wesentlich differenzierter erfolgen, als in der Norton-Skala vorgesehen ist.

Häufig sind die Zu- und Ableitungen, die die meisten Intensivpatienten aufweisen, mobilitätshemmend. EKG-Monitoring und die Pulsoxymetrie gehören häufig zur Grundausstattung von monitorpflichtigen Patienten. Allein durch den Clip des Pulsoxymeters, zum Beispiel am Finger, besteht bereits ein intensivspezifisches Dekubitusrisiko. Sauerstoff-Applikation und nicht-invasive Beatmung bringt die Gefahr mit sich, dass ein Dekubitus nasal oder an der Ohrmuschel entsteht.

Auf einer Intensivstation werden viele Patienten beatmet. Auch das geht mit einer Dekubitusgefährdung einher. Die Beatmung eines Patienten ist in der Regel mit einer Sedierung und als Folge mit einer Immobilität verbunden. Auch bei wachen beatmeten Patienten

INTENSIVPFLEGE

Instrument zur Einschätzung des Dekubitusrisikos von Intensivpatienten Abb. 1

Risikoeinschätzung	Maßnahmen
Aktuelle Mobilität <input type="checkbox"/> Bettlägerig <input type="checkbox"/> Keine Mikrobewegung <input type="checkbox"/> Selbstständige Mikrobewegung <input type="checkbox"/> Positionswechsel mit Unterstützung <input type="checkbox"/> Selbstständiger Positionswechsel <input type="checkbox"/> Sitzfähig <input type="checkbox"/> Stehen <input type="checkbox"/> Gehen <input type="checkbox"/> Übernahme des Transfers <input type="checkbox"/> Unterstützung beim Transfer <input type="checkbox"/> Selbstständige Mobilisation	Kontrolle von Zu- und Ableitungen Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Aufklärung über das Dekubitusrisiko und Anleitung zum selbstständigen Positionswechsel Ja <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu <input type="checkbox"/> Maßnahmen zur Inkontinenzversorgung _____
Einschränkung der Mobilität <input type="checkbox"/> Lagerungsinstabil <input type="checkbox"/> Maßnahmen werden abgelehnt <input type="checkbox"/> Ärztliche Anordnung <input type="checkbox"/> Terminale Lebensphase	Maßnahmen zur Hautpflege _____ _____
Intrinsische Faktoren <input type="checkbox"/> pAVK, Mikroangiopathie <input type="checkbox"/> Sensibilitätsstörungen <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Exsikkose <input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> Ernährungszustand (Body-Mass-Index unter 18,5 bzw. über 30) <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	Bewegungsplan Bewegungsmöglichkeiten/Hilfsmittelbedarf _____ Intervall festlegen _____
Extrinsische Faktoren <input type="checkbox"/> EKG/Pulsoxymeter <input type="checkbox"/> Sauerstoff-Applikation/nicht-invasive Beatmung <input type="checkbox"/> Zu- und Ableitungen <input type="checkbox"/> Freiheitseinschränkende Maßnahmen <input type="checkbox"/> Hypothermie <input type="checkbox"/> Katecholamine <input type="checkbox"/> Sedierung <input type="checkbox"/> Feuchtigkeit/Ausscheidung	Lagerungsbehandlung _____ Lagerungs-/Therapiesysteme _____ Spezial-/Wechseldruck angefordert? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Hautstatus <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Trocken <input type="checkbox"/> Schweißig <input type="checkbox"/> Schuppig <input type="checkbox"/> Fettig <input type="checkbox"/> Pergamenthaut <input type="checkbox"/> Ödematös <input type="checkbox"/> Sezernierende Läsionen <input type="checkbox"/> LMide verfärbt <input type="checkbox"/> Mykose <input type="checkbox"/> Intertrigo <input type="checkbox"/> Hauttest negativ (wegdrückbare Rötung) <input type="checkbox"/> Hauttest positiv (nicht wegdrückbare Rötung)	
Kommentar zur Hautrötung _____ _____ _____	

INTENSIVPFLEGE

schränkt die Abhängigkeit vom Beatmungsgerät die Bewegung ein bzw. sind die Patienten auf pflegerische Unterstützung angewiesen. Eine Hypothermie kann, als Aufnahmegrund oder gesteuert nach Reanimation, die Gefährdung erhöhen. Die Katecholamintherapie vermindert die Durchblutung durch ihre zentralisierende Wirkung.

Regelhaft differenzierte Risikoeinschätzung nötig

Aufgrund der vielfältigen intensivspezifischen Risikofaktoren müssen Intensivpatienten regelhaft mit einem spezifischen Assessment-Instrument eingeschätzt werden. Im Rahmen des Projekts konnte für die Intensivstationen der Kliniken Maria Hilf GmbH ein Instrument zur Einschätzung des Dekubitusrisikos von Intensivpatienten, inklusive einer Maßnahmenplanung zur Dekubitusprophylaxe, entwickelt werden (Abb. 1).

Die Pflegefachperson dokumentiert in diesem Instrument die aktuelle Mobilität, den Hautzustand und die möglichen Risikofaktoren, die die Entstehung eines Dekubitus begünstigen. Sind die Risikofaktoren identifiziert und dokumentiert, entsteht ein individuelles Risikoprofil. Auf dieser Grundlage kann die Pflegefachperson abschließend entscheiden, ob der Patient ein Dekubitusrisiko aufweist oder nicht.

Bei der Verwendung des Instruments ist wichtig zu beachten, dass das Risikoprofil von Intensivpatienten sich sehr schnell verändern kann. Innerhalb von 24 Stunden kann ein mobiler und orientierter Patient katecholaminpflichtig werden, sediert und beatmet sein oder umgekehrt. Da das Einschätzungsintervall der Patientengruppe entsprechen soll, erfolgt die Erhebung mit dem Instrument täglich.

Das Formular beinhaltet ebenfalls die Dokumentation der Maßnahmen und den Bewegungsplan und ist in der elektronischen Patientenakte (PDMS) hinterlegt.

Um zeiteffektiv zu arbeiten, werden im EDV-Formular die Daten des Vortags und aus anderen Pflegedokumentationen automatisch eingefügt und können bei Bedarf verändert werden.

Positive Rückmeldungen der Mitarbeiter

Im Rahmen der Implementierung des Instruments wurden alle Pflegenden der Intensivstationen umfassend geschult. Neben der Information über den aktuellen Expertenstandard und das neue Assessment-Instrument wurden Workshops über die Beurteilung von Hautveränderungen und Lagerungstechniken angeboten. Damit wird den Empfehlungen des Expertenstandards gefolgt, denn die Einschätzung des Risikos sollte immer auf dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis beruhen (DNQP 2017).

Die Rückmeldungen der Pflegefachpersonen über das Instrument sind positiv. Es wird als unterstützendes Hilfsmittel zur individuellen Einschätzung gesehen. Durch die Abbildung der intensivspezifischen Risikofaktoren ist es praxisnah. Die tägliche Einschätzung ermöglicht eine engmaschige Verlaufsdokumentation, sodass Veränderungen frühzeitig erkannt werden.

Die Dokumentationsrate der Risikoeinschätzung ist im Vergleich zur Norton-Skala gestiegen. Da zurzeit eine wissenschaftliche Überprüfung des Instruments fehlt, kann nicht gesagt werden, ob sich die Anzahl an neu aufgetretenen Dekubitus verringert hat.

Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP) (2004): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Osnabrück

Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP) (2010): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege, 1. Aktualisierung. Osnabrück

Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP) (2017): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege, 2. Aktualisierung. Osnabrück

Bienstein, Ch. (1985): Modifizierte Norton-Skala. Dekubitus. Eine Herausforderung für Pflegenden. Stuttgart: Thieme
Cubbin, B.; Jackson C., (1991): Trial of pressure area risk calculator for intensive therapy patients. Intensive Care Nursing (7): 40-44
Jackson, C., (1999): The revised Jackson/Cubbin Area Risk Calculator. Intensive and Critical Care Nursing (15): 169-175
Compton, F. et al. (2008): Validität der Waterlow-Skala zur Dekubitusrisikoeinschätzung auf der Intensivstation. Pflege (21): 37-48
Sahin, E.; Dassen, T.; Halfens, R. (2006): Predictive Validity of Pressure Ulcer Risk Assessment Tools in Intensive Care Patients. The World of Critical Care Nursing, 5(3): 75-79
Schoberer, D. et al. (2011): Genauigkeit von Risikoskalen zu Einschätzung des Dekubitusrisikos in unterschiedlichen klinischen Settings. www.klinikum-graz.at/oms/beurtrag/10316041/9313995/7uq, Abruf: 10.9.2018



Annette von der Forst ist Fachkrankenschwester für Anästhesie und Intensivpflege, Praxisanleiterin, Pain Nurse in der Kliniken Maria Hilf GmbH in Mönchengladbach.
Mail: annette.vonderforst@mariahilf.de



Dr. Daniela Hayder-Belchel ist Pflegewissenschaftlerin in der Kliniken Maria Hilf GmbH Mönchengladbach und Verantwortliche des Studiengangs Pflege an der Hochschule Niederrhein.
Mail: daniela.hayder-belchel@mariahilf.de