

<p>Literatur</p> <p>Inhalt</p>	<p>Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung-Konsentierung-Implementierung Osnabrück, Schriftenreihe des DNQP, 2004</p>	<p>Hoehl, Mechthild u.a. (Hrsg.): Kinderkrankenpflege und Gesundheitsförderung. Stuttgart, New York, Georg Thieme Verlag 2002, 369 - 371</p>	<p>Hockenberry, Marilyn J.: Handbuch für die Kinderkrankenpflege. München, Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag, 2005, 197 - 201</p>	<p>Köther, Ilka (Hrsg.): Thiemes Altenpflege. Zeitgemäß und zukunftsweisend. Stuttgart, New York, Georg Thieme Verlag 2005, 145 - 149</p>	<p>Seel, Mechthild; Hurling, Elke: Die Pflege des Menschen im Alter. Ressourcenorientierte Unterstützung bei den AEDL. Brigitte Kunz Verlag, Hannover, Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, 2005, 189 - 215</p>
<p>Aufbau</p>	<p>Strategie für ein Qualitätsmanagement</p> <p>Entwicklung und Konsentierung</p> <p>Der Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege</p> <p>Literaturanalyse und Aktualisierte Literaturanalyse</p> <p>Audit-Instrument zum Expertenstandard (u. auf dem Prüfstand)</p> <p>Literaturverzeichnis Information zum Networking for Quality</p>	<p>Definition</p> <p>Dekubitusentstehung</p> <p>Risikofaktoren Risikogruppe (Kinder mit Koma...)</p> <p>Dekubitusgefährdete Körperstellen</p> <p>Ermittlung Dekubitusrisiko</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fingertest - Skalen <p>Stadien</p> <p>Allgemeine Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe</p>	<p>Dekubitusprophylaxe nicht als Thema sondern dem Thema „Allgemeine Hygiene- und Pflegerichtlinien“ zugeordnet</p>	<p>Prävalenz (Robert-Koch-Institut, 2002)</p> <p>Ursachen</p> <p>Nationaler Expertenstandard Dekubitusprophylaxe</p> <p>Bewegungsplan</p> <p>Risikofaktoren</p> <p>Assessmentinstrumente (Einschätzungsinstrumente)</p> <p>Pflegeziele</p> <p>Maßnahmen</p>	<p>Dekubitus Definition</p> <p>Allgemeines Grundwissen</p> <p>Ursache und Risikofaktoren</p> <p>Gefährdete Körperstellen</p> <p>Erkennen eines Dekubitus / Stadien eines Dekubitus</p> <p>Maßnahmen der Dekubitusprophylaxe</p> <p>Lagerungshilfsmittel</p> <p>Weitere Maßnahmen</p> <p>Pflegeplanung</p> <p>Informationssammlung „Dekubitusrisiko“</p> <p>Pflegestandards zur Dekubitusprophylaxe A-E“ (Probleme/ Ressourcen - Ziele - Pflegemaßnahmen)</p> <p>Maßnahmen zur Dekubitusbehandlung</p> <p>Pflegestandards zur Dekubitusbehandlung A-E</p> <p>Literaturhinweise</p>

Definition Dekubitus	Ein Druckgeschwür (lat. Dekubitus, genannt auch Dekubitalulcus, Wundliegen), ist eine durch länger anhaltenden Druck (Druck mal Zeit) entstandenen Schädigung der Haut und des darunter liegenden Gewebes. Wundliegen)	Unter Dekubitus versteht man das Wundliegen oder Aufliegen durch äußere lokale Druckeinwirkung, die zur Unterbrechung der Durchblutung des Gewebes mit nachfolgender Ischämie führt. Der Dekubitus wird auch Druckgeschwür oder Dekubitalulcus genannt.		Ein Dekubitus (lat. Druckgeschwür, genannt auch Dekubitalulkus, Wundliegen) ist eine durch länger anhaltenden Druck (Druck mal Zeit) entstandenen Schädigung der Haut und des darunter liegenden Gewebes. (DNQP, 2002)	Der Begriff „Dekubitus“ wird vom lateinischen Wort „decumbere“ "sich niederlegen" abgeleitet und meint im pflegerisch-medizinischen Sinn „das Sichdurchliegen des Kranken bei mangelhafter Gewebsernährung“. Ein Dekubitus ist eine durch länger anhaltenden Druck (Druck mal Zeit) entstanden Schädigung der Haut und des darunter liegenden Gewebes (Druckgeschwür). Die deutsch Sprache kennt folgende Synonyme für den Begriff Dekubitus: - Druckbrand, Druckgeschwür; - Wundliegegeschwür, Durchliegegeschwür, - Sichwundliegen, Sichdurchliegen.
Ursachen	Druck mal Zeit	- lang anhaltender Druck		Druck, Scherkräfte (IGAP 2004)	Durch lokale Minderdurchblutung und den dadurch bedingten Zelltod. Verursacht wird die Ischämie immer durch Druckeinwirkung. Druck Zeit Disposition
Gefährdete Körperstellen	in sitzender und liegender Position an prinzipiell jeder Körperstelle. Besonders gefährdet sind Körperstellen, bei denen direkt unter dünnem	Dekubitusgefährdete Körperstellen (mit Abb.)		Kennzeichen: Grundsätzlich können überall am Körper Druckstellen (...) entstehen (incl. Abb.) Fingertest (n. Schröder 2004) Drücken sie mit der	Gefährdete Körperstellen in Rückenlage in halbsitzender Position in 90°-Lagerung in Bauchlage

	Unterhautfettgewebe konvexe Knochenvorsprünge liegen.			Fingerkuppe in die Mitte der Rötung. Bleibt die Haut (wo der Finger auflag) gerötet und wird nicht weiß, liegt eine Dekubitus 1. Grades vor.	
Grad-einteilung	<p>Stadien sind nur auf dem Erhebungsbogen (Audit) (DNQP 2004, S. 94) Stadieneinteilung:</p> <p>Grad 1: Bleibende Rötung der Haut. Klinische Anzeichen können Wärme, Ödeme oder Verhärtung der Hautbezirke sein.</p> <p>Grad 2: Teilbeschädigung der Epidermis bis hin zur Dermis. Der Druckschaden ist oberflächlich und sieht aus wie eine Hautabschürfung, Blase oder ein flaches Geschwür.</p> <p>Grad 3: Beschädigung aller Hautschichten und Schädigung oder Nekrose des subkutanen Gewebes, die bis auf die darunter liegenden Faszie reichen kann.</p> <p>Grad 4: Beschädigung aller Hautschichten mit ausgedehnter Zerstörung, Gewebsnekrose oder Schädigung von Muskeln, Knochen oder unterstützenden Strukturen (Sehnen, Gelenkkapsel, Muskel</p>	<p>Stadien (Abb.):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Umschriebene Rötung ohne Hautdefekt - Hautdefekt oberflächlich, evtl. Blasenbildung - Hautschädigung mit Tiefenwirkung (Muskel, Bänder, Sehnen) - Nekrosen: blauschwarz, trocken, sezernierend; Gewebsuntergang (Geschwüre) bis in die tiefste Schicht 		<p>Stadieneinteilung des Dekubitus:</p> <p>Stadium 1. Kennzeichen ist eine deutliche, anhaltende Hautrötung bei intakter Haut. Die Hautrötung lässt sich auch durch den Fingertest nicht „wegdrücken“. Durch diesen lässt sich der Dekubitus 1. Grades von einer vorübergehenden Rötung unterscheiden.</p> <p>Stadium 2. Kennzeichen ist ein oberflächiger Hautdefekt evtl. mit Blasenbildung. Platzt eine solche Blase auf, bildet sich eine schmerzhaft und infektanfällige Hautläsion.</p> <p>Stadium 3. Kennzeichen sind ein Defekt aller Hautschichten und Nekrose des subkutanen Gewebes. Geschwürbildung durch die Abstoßung des abgestorbenen Gewebes, blutig dunkelblau verfärbtes Hautareal.</p> <p>Stadium 4. Kennzeichen sind ein Defekt aller Hautschichten, bis auf die Knochen reichende, infizierte und entzündete Wunde, blauschwarze trockenen oder nässende Schädigung, evtl. Mitbeteiligung von Muskeln,</p>	<p>Erkennen eines Dekubitus</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beobachtung der Haut; - Hautrötung (bestehend und anhaltende) „fordert die Konsequenz der absoluten Druckentlastung“. <p>Stadien: Die Beurteilung eines Dekubitus erfolgt nach dem Ausmaß des Gewebedefektes</p> <p>1. Grad: Persistierende umschriebene Hautrötung (Fingertest); Hautdefekt nicht sichtbar, Ödembildung</p> <p>2. Grad: Läsion der Haut bis in die Lederhaut. Es liegt ein oberflächlicher Dekubitus vor. Es entsteht eine Blase. Löst sich die Oberhaut ab, so entsteht ein stark nässender, schmerzhafter infektanfälliger Hautdefekt.</p> <p>3. Grad: Defekt aller Hautschichten und Nekrose des subkutanen Gewebes bis auf die darunter liegende Faszie.</p>

	Shea, J.D.: Pressure sores. Classification and Management, in: Clinical Orthopaedics and Related Research, 1975 und AHCPR: Treatment of Pressure Ulcer, Clinical Practice Guideline, 1994.			Sehnen, Knochen und/oder Gelenken.	(...“die Eiweiße zerfallen hier in eine käseartige Masse“...) 4. Grad: Örtlicher Gewebstod (Nekrose). Alle Hautschichten sind zerstört, zunehmend geht Gewebe unter, es bilden sich Gewebenekrosen. Es liegen Schäden an Muskeln, Knochen, Sehnen oder Gelenkkapseln vor. (dunkelblau-schwarz verfärbt; trocken oder Wundsekret absondern, Eiweißverlust, Taschenbildung, Schädigung des Knochen, starke Schmerzen und Entzündungszeichen, bakterielle Allgemeininfektion (Sepsis))
Risikoaktoren	Einschätzungskompetenz durch die Pflegefachkraft - klinische Beurteilung => gezielte Beobachtung durch die Pflegefachkraft unmittelbar bei der Aufnahme (Assessment) - standardisierte Beurteilungsverfahren mit dem Instrument der Dekubituskalen (diese muss so gewählt werden, dass diese in der entsprechenden Zielgruppe getestet	- Risikofaktoren - Risikogruppen Hinweis auf Fingertest Hinweis auf Skalen (sind nicht angepasst auf Kinder ggf. Braden-Skala)	„Die Gefahr eines Dekubitus muss bei gefährdeten Kindern erkannt werden, bevor die Haut beschädigt ist. Setzen Sie präventiv druckreduzierende Hilfsmittel (die den Druck, der normalerweise vom Krankenhausbett oder Stuhl ausgeübt wird reduzieren) oder druckbefreiende (die den Druck so weit aufheben, dass er keinen	Risikofaktoren Assessmentinstrumente (Einschätzungsinstrumente) (n. DNQP 2002 zur systematischen Einschätzung zu empfehlen) - Skalen (Braden-Skala, Norton-Skala, Waterlow-Skala) Reihenfolge nach der häufigsten Testung - Abb. Braden-Skala mit 4 Stufen zur Einschätzung	Risikofaktoren und Disposition Risikoeinschätzung (bez. der Skalen Hinweis auf DNQP 2002); Braden-Skala mit 4 Stufen (incl. Abb.) Einschätzung ohne Verweis auf Pflegefachkraft; Hinweis zum Vorgehen (modifiziert) - Bewegungseinschr. und Immobilität - Sensibilitätsstörungen

	wurde und zur systematischen Risikoeinschätzung von Nutzen ist (Screening);		Kapillarverschluss auslöst) Hilfsmittel ein.		<ul style="list-style-type: none"> - Reduzierter Allgemeinzustand - Störungen des Bewusstseins; - Herz-Kreislauf- und Bluterkrankungen - Stoffwechselkrankheiten - höheres Lebensalter - Veränderungen der Haut
Pflegemaßnahmen	siehe Kriterienebenen 1-7	<p>Allgemeine Maßnahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beobachtung der Haut - Druckentlastung - Kreislaufstimulation - Ernährung - Körperpflege und Hautschutz - Lagerungen zur Dekubitusprophylaxe (30°, 135°, schiefe Ebene) auf Hüftknickung achten - Weichlagerung - Hohllagerung - 3-Kissen-Lagerung - Spezialmatratzen 	<p>„Um das tiefe Gewebe nicht zu beschädigen, werden gerötete Knochenvorsprünge nicht massiert; sorgen sie für Druckbefreiung(...)</p> <p>Hautpflege</p> <p>Ernährung</p> <p>Druckentlastung/Entlastungsmaterial (Vor- und Nachteile)</p> <p>Auflagen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schaumstoffmatratze - Gelmatratze/Wassermatratze - Wechseldruckmatratze - Static-Air - Low-air-loss-Spezialauflage <p>Spezialbetten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Low-air-loss-Bett (Stadium III und IV) - Low-air-loss-Matratzenersatz (hebt den Druck in 	<p>Bewegungsplan (Hinweis auf F. Nightingale bez. 2 Stunden-Lagerung) incl. ganzseitige Abbildung und Anweisung</p> <p>Pflegeziele n. Ergebniskriterien (DNQP 2002)</p> <p>Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Druckentlastung und Druckreduzierung (wissenschaftlich nachgewiesen); - Förderung der Eigenbewegung; - Druckentlastung im Liegen; - Druckentlastung im Sitzen; - Ergänzende Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe - Ernährung; - Rituale; 	<p>Einleitung: Information, Beratung und Anleitung des Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen Bewegungsplan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilisation - Lagerungen (incl. Mikrolagerungen „mit kleinen Kissen die im stündlichen Wechseln mal unter die linke Gesäßhälfte, die linke Schulter“...) - korrekte Hüftbeugung - Weichlagerung - Superweichlagerung <p>Lagerungshilfsmittel</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kriterien <p>Beschreibung der Hilfsmittel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Federkissen - Spezielle Lagerungskissen - Schaumstoff - Schaumstoffmatratzen - spezielle Matratzen und Betten - Wechseldruckmatratze

			<p>jeder Position auf)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Drehbett 		<p>n</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wassermatratzen - Gelkissen - Felle <p>Nicht geeignete Hilfsmittel</p> <p>Weitere Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hautpflege - Angemessenen Ernährung und Flüssigkeitszufuhr - Reduzieren weiterer Risikofaktoren
Hinweis auf Expertenstandard				<p>...“ist für Pflegende ein Instrument, verbindliche und auf ihre Wirksamkeit hin überprüfte (evidenzbasierte) Maßnahmen und Interventionen anzuwenden und einzusetzen“. Er weist der Druckreduzierung, der Bewegungsförderung und der Kontinuität der prophylaktischen Maßnahmen eine herausragenden Bedeutung zu.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abb. Präambel; - Abb. Expertenstandard: Standardaussage und Kriterienebenen 	im Literaturhinweis