

Nationaler Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“

Instrument zur Qualitätsentwicklung
in der Pflege – Einführung

...Standards....?!?

Geschichtlicher Rückblick

1980er Jahre – Möglichkeiten zur Vereinheitlichung von Arbeitsweisen bzw. um Arbeitsschritte zu systematisieren (z.B. einheitliche Durchführung von Pflegemaßnahmen)

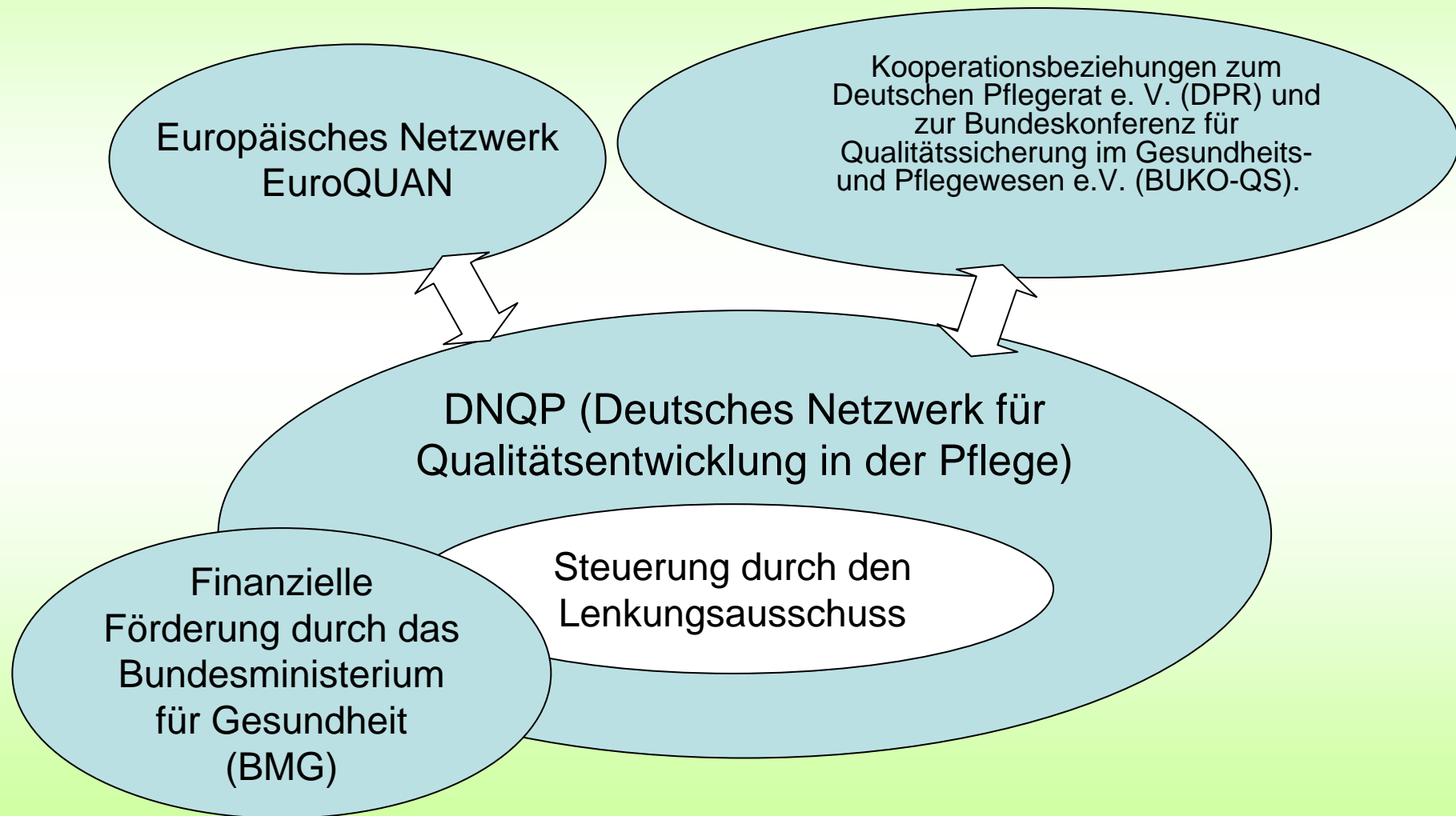
- => Handlungsrichtlinien „procedures“, Arbeitsablaufbeschreibungen, technische Anweisungen oder Anweisungen zur Hygiene, Dienstanweisungen (früher fälschlicherweise als „Standard“ bezeichnet;
- sorgen für einheitliche Abläufe, methodische Sicherheit in Bereichen, in denen optimale Ergebnisse durch Einhaltung exakt vorgegebener Schritte und routiniertes Handeln erzielt werden können (vgl. DNQP, 2004, 25);
 - „Handlungsabläufe als Rituale lernen“ für Menschen ohne Pflegekenntnisse; oft in den pflegerischen Ausbildungen eingesetzt (z.B. Handlungsschritte darstellen) (vgl. Bartholomeyczik 2002, 14);

Definitionen

Standard (engl.): Qualitätsstufe, Vergleichsmaß (vgl. Random House, 1984). Ein Standard stellt eine Norm, eine Richtlinie vor, die befolgt werden sollten.

Expertenstandards sind n. DNQP (2000), ein „professionell abgestimmtes Leistungsniveau, das den Bedürfnissen der damit angesprochenen Bevölkerung angepasst ist und Kriterien zur Erfolgskontrolle dieser Pflege mit einschließt“ (DNQP, 2000).

DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) und Kooperationspartner



DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege)

- Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) ist ein bundesweiter Zusammenschluss von FachkollegInnen in der Pflege, die sich mit dem Thema Qualitätsentwicklung auseinandersetzen.
- Übergreifende Zielsetzung ist die Förderung der Pflegequalität auf der Basis von Praxis- und Expertenstandards in allen Einsatzfeldern der Pflege. Die inhaltliche Steuerung des DNQP erfolgt durch einen Lenkungsausschuss, dessen Mitglieder in unterschiedlichen Aufgabenfeldern der Pflege tätig sind und sich dort mit Fragen der Qualitätsentwicklung in der Pflege befassen. Es handelt sich um VertreterInnen aus Pflegewissenschaft, -management, -lehre und -praxis. Für die Durchführung wissenschaftlicher Projekte und Veröffentlichungen steht ein wissenschaftliches Team an der Fachhochschule Osnabrück zur Verfügung.
- Das DNQP führt einen kontinuierlichen Fachdialog über aktuelle Qualitätsthemen mit Partnerorganisationen auf europäischer Ebene. Auf nationaler Ebene bestehen enge Kooperationsbeziehungen zum Deutschen Pflegerat e. V. (DPR) und zur Bundeskonferenz für Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V. (BUKO-QS).

Zentrale Aufgabenschwerpunkte des DNQP:

- Entwicklung, Konsentierung und Implementierung evidenzbasierter Expertenstandards
- Beforschung von Methoden und Instrumenten zur Qualitätsentwicklung und –messung (www.dnqp.de; Datum: 8.4.2006)

Entwicklungsprozess des Expertenstandards

Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP)
Lenkungsausschuss => Verantwortung für methodische Fragen



Bildung einer Expertengruppe (angeschlossen an einer wissenschaftlichen Einrichtung)
=> Verantwortung für inhaltliche Aussagen
(z.B. Auswertung der nationalen und internationalen Forschungsliteratur; Identifikation relevanter Themenbereiche und Konsensfindung innerhalb der Expertengruppe, Bildung eines Expertenurteils, Formulierung von Standardstatement und Kriterien)



Entwurf eines Nationalen Expertenstandards



Konsensuskonferenz (Bsp.: Dekubitusprophylaxe in der Pflege 2/2000)
=> Diskussion über die Struktur-, Prozess-, Ergebniskriterien
=> Ziel: möglichst hoher Grad an Übereinstimmung



Verabschiedung eines Nationalen Expertenstandards
(Bsp.: Dekubitusprophylaxe in der Pflege)



Modellhafte Implementierung des Expertenstandards mit Entwicklung und Erprobung eines spezifischen Auditinstrumentes (vgl. DNQP 2004, 27 ff.)

Ziele von Standards

Wissensbasierte Problemlösung – „Expertenstandard“ – „Praxisstandard“

- Ein Expertenstandard beschreibt auf der Grundlage des nachweisbaren Wissensstandes, die bestmögliche Lösung eines Problems (z.B. die Entstehung eines Dekubitus); es werden Fachkenntnisse vorausgesetzt;
- Standards geben die Zielsetzung komplexerer pflegerischer Aufgaben, das professionelle Niveau sowie Handlungsalternativen und – spielräume an;
- Expertenstandards werden für zentrale Qualitätsfragen formuliert und beschreiben an Hand von Qualitätsdimensionen „Strukturqualität, Prozessqualität, Ergebnisqualität“;
- Instrumente der nationalen Qualitätsentwicklung; sollen ein einrichtungsübergreifendes einheitliches Qualitätsniveau festlegen (vgl. Elsbernd 5/2005);

...vgl. „Praxisstandard“

- von Pflegepraktikern entwickelt;
- werden im Team diskutiert;
- es liegt ein realistisch zu erreichendes Qualitätsniveau der Einrichtung vor
=> mit wissenschaftlicher Begründung;
- regelmäßige Evaluationen und Aktualisierung der Praxisstandards, um das betriebliche Niveau zu erhöhen;
- Instrumente zur betrieblichen / internen Qualitätsentwicklung;
(vgl. Elsbernd 3/2005)

Qualität – Was ist das?

Definition n. DIN EN ISO 9004 Teil 2/8402
(Deutsche Industrie Norm – Euro Norm –
International Standard of Organisation):

„Qualität ist die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Dienstleistung, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung festgelegter oder vorausgesetzter Erfordernisse beziehen“

Qualität im Pflegebereich:

„Pflegequalität ist die Übereinstimmung zwischen der tatsächlichen Pflege und den dafür vorher formulierten Kriterien“ (Kerres 1999, 19).

Qualität in der Pflege – Was ist das?

- Pflegerische Maßnahmen sind begründet;
- Wissenschaftliches Fachwissen sowie berufliches Erfahrungs- und Alltagswissen von Pflegefachkräften, werden im Rahmen der Pflegeprozessmethode individuell und bedürfnisorientiert an die Patienten/Betroffenen angepasst;
- Qualifizierende Pflege wird im Dialog mit der Patientin/der Betroffenen entwickelt;
- Information, Beratung und Anleitung sind wesentliche Bestandteile – die Ressourcen der Patientin/der Betroffenen werden einbezogen (vgl. Lubatsch 2004, 21).

„Ein Standard soll das Denken anregen und nicht ausschalten.“ (vgl. Bartholomeyczik 2002, 15)

Fazit für die Praxis

- Leitlinien oder Standards können als Landkarte dienen. Sie dienen als Möglichkeit zum Ausgleich praktischer und theoretischer Defizite als Lernanleitung zum lebenslangen Lernen;
- Ergänzung und Erweiterung von Sachkenntnissen (bei Fehlen von Expertinnen);
- Gedächtnisstütze, Sicherheitsnetz;
- Wegweiser durch schwierige komplexe Situationen (Kompass);
- Grundlage für Übereinstimmung bei fehlendem gemeinsamen Verständnis;
- Kein Standard kann ein Lehrbuch ersetzen, aber er muss eine bedeutsame Grundlage für wissensbasierte Inhalte in Lehrbüchern sein;
- In den pflegerischen Ausbildungen bedeutet ein Expertenstandard den Transport von pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen in die Pflegepraxis und regt Auszubildende schon zu Beginn der Ausbildung, dass Qualität in der Pflege im lebenslangen Lernprozess mitentwickelt werden muss (vgl. Bartholomeyczik 2002, 16).

Zusammenfassung Expertenstandards

- Instrumente der nationalen Qualitätsentwicklung;
- Expertenstandards werden von ausgewiesenen Fachpersonen erstellt; einfacher Aufbau und verständliche Fachsprache;
- müssen kontinuierlich in Bezug auf ihre wissenschaftlich belegte Richtigkeit evaluiert und aktualisiert werden („State of Art“);
- sollen das Qualitätsniveau zu zentralen Problemen der Pflege einrichtungsübergreifend festlegen;
- das Qualitätsniveau soll nach außen, etwa für Patient/innen oder Bewohner/innen oder auch Kostenträger transparent gemacht werden;
- können im Rahmen der dezentralen Methode der Qualitätsentwicklung in der Pflegepraxis umgesetzt werden; (vgl. Elsbernd 5/2000).

Expertenstandards – Themen

Stand: 2/2007

- Dekubitusprophylaxe in der Pflege (Pilotprojekt 1998-2001); Aktualisierung 2004, geplante Überarbeitung durch Experten 2007;
- Entlassungsmanagement in der Pflege (2001 – 2003);
- Schmerzmanagement in der Pflege (2002 – 2004);
- Sturzprophylaxe in der Pflege (2003 – 2005);
- Förderung der Harnkontinenz in der Pflege (2004 – 2006), Konsensuskonferenz 10/2005 (vgl. www.dnqp.de; Datum: 14.02.2007)

...Planung weiterer Expertenstandards

Entwicklung, Konsentierung und Implementierung von drei weiteren Expertenstandards in der Pflege

- Pflege bei chronischen Wunden (2006 - 2008)
Wiss. Leitung: Prof. Dr. Eva-Maria Panfil,
Fachhochschule Frankfurt
- Bedarfsgerechte Ernährung und Flüssigkeitszufuhr von pflegebedürftigen Menschen (2007 - 2009)
Wiss. Leitung: Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik,
Universität Witten/Herdecke
- Schmerzmanagement bei chronisch nicht-malignen Schmerzen (2008 - 2010)
Wiss. Leitung: Prof. Dr. Jürgen Osterbrink, Klinikum
Nürnberg
- Medikamentenmanagement (2010-2012);
- Pflege bei Menschen mit Demenz (vgl. www.dnqp.de; Datum: 14.02.2007)

Der Nationale Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“

1. Expertenstandard: Dekubitusprophylaxe in der Pflege (Pilotprojekt)
1998 – 2001

Entwicklung: 1998 – 2000 von einer 12-köpfigen Experten-Arbeitsgruppe unter Leitung von Prof. C. Bienstein / Prof. Dr. E. - M. Panfil (Universität Witten/Herdecke). Der Expertenstandard basiert auf 161 wissenschaftlichen Quellen.

Konsentierung: 24. Februar 2000 / 405 Teilnehmer/innen.

Implementierung: Mai bis Oktober 2000 in 16 Praxiseinrichtungen: 12 Krankenhäuser, 2 ambulante Pflegedienste, 2 Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Im Rahmen des Audits konnten insgesamt 1.361 Patienten/Bewohner einbezogen werden. Ergebnisvorstellung und -diskussion: 6. DNQP-Workshop 2001.

Veröffentlichung: Sonderdruck 2000 / 1. Auflage der Buchveröffentlichung 2002, 2. Auflage mit aktualisierter Literaturstudie 2004.
(www.dnqp.de; Datum: 8.4.2006)

Inhalt des Expertenstandards

Beispiel: „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“

1. Strategie für ein Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen
2. Die Entwicklung und Konsentierung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege
3. Der Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege
4. Literaturanalyse zur Dekubitusprophylaxe
5. Aktualisierte Literaturanalyse zur Dekubitusprophylaxe (1999 bis 2002)
6. Das Audit-Instrument zum Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege
7. Die Implementierung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege
8. Expertenstandard und Audit-Instrument auf dem Prüfstand – Erkenntnisse und Schlussfolgerungen aus dem Pilotprojekt
9. Literaturverzeichnis
Info zum Networking for Quality (vgl. DNQP 2004, 11)

Begriffsdefinition

- „Ein Druckgeschwür (lat. Dekubitus, genannt auch Dekubitalulcus, Wundliegen) ist eine durch länger anhaltenden Druck (Druck mal Zeit) entstandene Schädigung der Haut und des darunter liegenden Gewebes“ (DNQP 2004, 35);
- Dekubitus ist eine eigenständige Erkrankung, die auch zum Tode führen kann;
- Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) – Schlüssel: L 89;
- Einteilung in Schweregrade 1 – 4;

Dekubitus – Stadieneinteilung

Grad 1



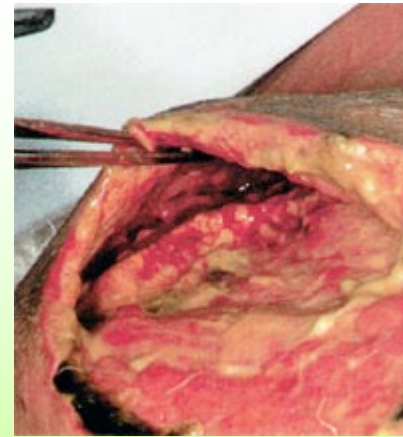
Grad 2



Grad 3



Grad 4



Quelle: <http://www.dekubitus.de/dekubitus-dekubitusstadien.htm>; Datum: 10.01.2006

Ein Dekubitus steht in Verbindung mit

- Schmerzen, Bewegungseinschränkung, Einschränkungen der Selbstständigkeit, sozialer Isolation und Verminderung der Lebensqualität;
- einem verlängerten Krankenhausaufenthalt;
- höheren Kosten (vgl. DNQP 2004, S. 36);
- einer Zunahme der Multimorbidität;
- einer steigenden Mortalität durch die Vermehrung von Bakterien => Sepsis (vgl. White, McGillis 2003, 217 ff.).

Dekubitusprophylaxe in der Pflege

=>Die Entstehung eines Dekubitus gilt als Pflegefehler, da dieser durch geeignete Maßnahmen vermeidbar wäre.

Definition „Dekubitusprophylaxe“: Pflegerisch-therapeutische Maßnahmen zur Verhütung eines Dekubitus. (vgl. DNQP 2004)

Gesundheitspolitische Relevanz

Dekubitus in der Pflege

Datenbasis - Hamburger Projekt „Qualitätsvergleich in der Dekubitusprophylaxe“ (1998 – 2001)

(vgl. Robert-Koch-Institut, 2003)

- 330 000 Krankenhausfälle („Hamburger Projekt“)
=> Akutstationäre Entstehungsrate eines Dekubitus: 1,3%
- bis zum Jahr 2000 verlängerte sich dadurch die Durchschnittsverweildauer im Krankenhaus um 5,3 Tage;
- 1998: ca. 16 Mio. stationäre Behandlungsfälle (in Deutschland)
=> Inzidenz: 1,3% => 207 000 Patienten mit Dekubitalläsionen
=> 1,1 Mio. zusätzliche Krankenhaustage
=> Kosten: 400 Mio. DM (bei einem Tagessatz von 360.- DM);

Beachte: Es entstehen zusätzliche Folgekosten in der ambulanten Weiterversorgung bzw. Weiterversorgung in der stationären Altenhilfe, durch stetig sich verkürzende Liegezeiten im Krankenhaus (seit 2000). (vgl. Robert-Koch-Institut 2002, 12)

Information Dekubitusprävalenz

Landesweite Niederländische Studie:

14.946 Patienten => Prävalenz von 23,2%:

Universitätskliniken	13,2%
allgemeine Krankenhäuser	23,3%
Pflegeheime	32,4%
häusliche Pflege	21,3%
Altenheime	15,6%

(vgl. Bours u.a. in DNQP 2004, S.114)

Berliner Studie

Untersuchung von 1.279 post mortem untersuchte Patienten 16,2%

(Troike u.a. 2000 in DNQP 2004, 114)

Schätzung von 1997 im geriatrische Bereich in Deutschland: 20-30% (Pelka 1997 in DNQP 2004, 114)

Datenbasis: Ambulante Pflege / Stationäre Altenpflege

- Es gibt unterschiedliche Ursachen für die Pflegebedürftigkeit der betroffenen Menschen / BewohnerInnen => entsteht ein Dekubitus fallen zusätzliche Kosten an z.B. für
- Lagerung, Hilfsmittel, Therapie, ...
- 1,9 Mio. Menschen erhalten Leistungen der Pflegeversicherung;

Annahme: 8% dieser Personen haben Druckläsionen
=> 144 000 Dekubitusfälle;
=> ca. 28 000 Dekubitus Grad III u. IV;
(vgl. Robert-Koch-Institut 2002, 12)

Fortsetzung...

Ermittlung der zusätzlichen Kosten

Kosten für Lagerung: (2 stdl./ 2 Pflegekräfte im Tagdienst / 1 Pflegekraft im Nachtdienst: 85 DM / Tag => **27.- €/ Tag;**

Kosten für Verbandwechsel: 14 DM – 47 DM/Tag (keine repräsentative Studie vorhanden) => **20.- €/ Tag;**

Problem: Der Behandlungsaufwand kann nicht - aufgeschlüsselt nach Material- und Personalkosten - direkt dem Patienten zugeordnet werden.

=> zusätzliche Mehrkosten im Krankenhaus je nach Stadium ca. 50.-€/ Tag (30,- / 75.-€) (Schülke&Mayr 2004, 10)

Schmerzensgeldforderungen: zw. 500.-€ bis hin zu 15 000.-€ (und höher)

=> **5000.-€**

(vgl. Robert-Koch-Institut 2002, 12)

Gesundheitsökonomische Folgen:

Angaben beruhen überwiegend auf Schätzungen (pro Jahr):

- 1,5 - 4 Mrd. **DM** (Robert-Koch-Institut 2003, 11);
- 1,5 – 3 Mrd. € Jahr (IGAP, 2002);
- 400 Mio. – 2 Mrd. € (Schülke&Mayr, 2004);
- Grad III und IV: 2,0 – 4,2 Mrd. **DM** (Robert-Koch-Institut 2003, 11);

Annahme: Die Hälfte der Kosten könnten sich durch standardisierte Prophylaxemaßnahmen und eine optimierte Therapie einsparen lassen (vgl. Robert-Koch-Institut 2002, 11).

Der nationale Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“

(vgl. DNQP 2004, 37-50)

1. Bedeutung von Präambel
2. Standardaussage
3. Umsetzung der Kriterienebenen 1-7 an Hand von exemplarischen Beispielen
4. Audit
5. Theoretische Grundlagen zur Implementierung des Expertenstandards in Einrichtungen der stationären und ambulanten Pflege

1. Präambel des Expertenstandards „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“

- Der Expertenstandard richtet sich an alle Pflegefachkräfte;
- basiert auf einer umfassenden Literaturanalyse der nationalen und internationalen Fachliteratur sowie der Praxisexpertise der Expertengruppe;
- Zentrales Ziel (siehe auch Standardaussage): Verhinderung eines Dekubitus, da der Entstehung eines Dekubitus in der Regel entgegengewirkt werden kann;
- Informationen über die inhaltliche und formale Gestaltung;
- Anhaltspunkte für den Aufbau einer geeigneten Infrastruktur für kontinuierliche Qualitätsentwicklung in der Pflege;

(vgl. DNQP 2004, 37)

Allgemeine Zielsetzung

„Die allgemeine Zielsetzung besteht in einer individuellen Pflege, die sich bei Bedarf auch an Angehörige von Patienten/Betroffenen richtet“ (DNQP 2004, 37).

Grundlagen:

- Die theoriegeleitete Anwendung der Pflegeprozessmethode, einschließlich Bewertung des Pflegeerfolges;
- Orientierung an körperlichem psychischen, sozialen, seelischen und spirituellen Bedürfnissen der Patienten/Betroffenen;
- Die aussagekräftige Dokumentation des Pflegeprozesses als wichtige Datenquelle für die Qualitätsmessung;
- Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen.

=> Der Expertenstandard beschreibt den Beitrag der Pflege zur Dekubitusprophylaxe (vgl. DNQP 2004, 37 f.)

Voraussetzung zur Implementierung – Gemeinsame Anstrengung der Gesundheitseinrichtung

Leitende

Managementebene: (Pflegemanagement und Betriebsleitung)

- Verantwortung für die Bereitstellung von Wissen, von Hilfsmitteln und Materialien.

Pflegefachkräfte

- Verantwortung für den Erwerb von Wissen und die Umsetzung des Standards im klinischen Alltag.

Bedeutung des Expertenstandards

Der Expertenstandard hat für die Pflegepraxis eine orientierungsgebende Funktion. Er trägt dazu bei, das Niveau von Praxisstandards deutlich anzuheben. Der Theorie-Praxis-Transfer wird konkret an Beispielen in Gang gesetzt (vgl. Stöcker 2003, 398-399).

- Zeitersparnis für die fachtheoretische Vorarbeit aufgrund einer gesicherter und aktueller Wissensbasis durch den Expertenstandard;
- Katalog mit überprüfbaren Kriterien.

• • •

- Die Effektivität der Dekubitusprophylaxe gilt in der Praxis als inoffizieller Gradmesser für Pflegequalität => Dekubitusinzidenz als Indikator für die Pflegequalität einer Einrichtung (vgl. § 137 SGB V);

Studien aus den USA belegen die positiven Auswirkungen auf die Dekubitusinzidenz

=> neben einer Kostenreduktion insbesondere die Erhöhung von Lebensqualität, Selbständigkeit und Unabhängigkeit der Betroffenen (vgl. DNQP 2004, 36);

- Verwendung als Expertise bei der Arbeit des Bundessozialgerichtes (vgl. DNQP 2004, 7);
- „vorweggenommene Sachverständigengutachten“ => konkretisieren zielgerichtet ärztliche und pflegerische Sorgfaltspflichten (vgl. Lubatsch 2004, 40);

2. Standardaussage:

Jeder dekubitusgefährdete Patient/Betroffene erhält eine Prophylaxe, die die Entstehung eines Dekubitus verhindert.

Begründung:

Ein Dekubitus gehört zu den gravierenden Gesundheitsrisiken hilfe- und pflegebedürftiger Patienten/Betroffener. Angesichts des vorhandenen Wissens über die weitgehenden Möglichkeiten der Verhinderung eines Dekubitus ist die Reduzierung auf ein Minimum anzustreben. **Von herausragender Bedeutung ist, dass Pflegefachpersonal systematische Risikoeinschätzung, Schulung von Patienten/Betroffenen, Bewegungsförderung, Druckreduzierung und die Kontinuität prophylaktischer Maßnahmen gewährleistet.** (DNQP 2004, 39)

=> Pflegefachkräfte können eigenverantwortlich in diesen Bereichen agieren.

3. Umsetzung der Kriterienebenen 1-7

- Übersicht über die Kriterienebene (Struktur, Prozess, Ergebnis) - Grundlagen
- Exemplarische Umsetzung mit Hilfe von konkreten Beispielen

Dimensionen von Pflegequalität

- Die **Strukturqualität** bezieht sich auf strukturelle betriebliche Rahmenbedingungen, unter denen Pflege stattfindet (z.B. Organisationsform der Einrichtung, das Ausbildungsniveau der Mitarbeiter, der Personalschlüssel, die bauliche, technische und materielle Ausstattung). Durch entsprechende Strukturkriterien lässt sich feststellen, ob die vorhandenen Ressourcen für eine optimale Leistungserbringung geeignet sind.
- Die **Prozessqualität** bezieht sich auf die Durchführung der pflegerischen Handlungen am jeweiligen Patienten/Betroffenen. Prozesskriterien bilden die Grundlage für die Messung der Qualität von pflegerischen Handlungen.
- Die **Ergebnisqualität** beschreibt, wie das Resultat aussehen soll (z.B. Zufriedenheit von Mitarbeiter, Patient/Betroffene, das konkrete Ergebnis der Pflegeversorgung). Die Ergebniskriterien stellen die eindeutigste Bezugsbasis für eine Qualitätsbeurteilung dar (vgl. Kerres 1999, 24 f.).

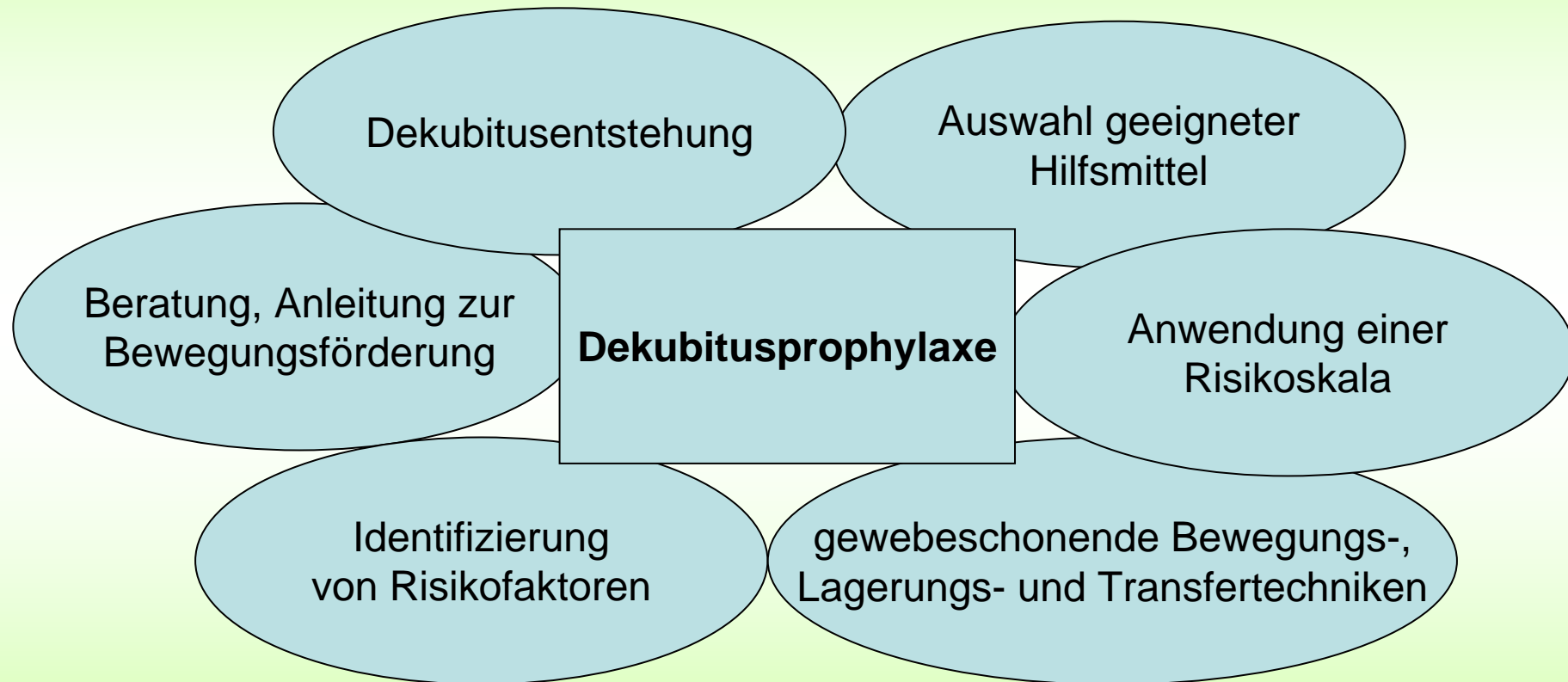
Kriterienebene 1

Struktur	Prozess	Ergebnis
<p>S 1 Die Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen zur Dekubitusentstehung sowie Einschätzungs-kompetenz des Dekubitusrisikos.</p>	<p>P 1 Die Pflegefachkraft beurteilt das Dekubitusrisiko aller Patienten/ Betroffenen, bei denen eine Gefährdung nicht ausgeschlossen werden kann, unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrages und danach in individuell festzulegenden Abständen sowie unverzüglich bei Veränderungen der Mobilität, der Aktivität und des Druckes u.a. mit Hilfe einer standardisierten Einschätzungsskala (z. B. Braden, Waterlow oder Norton)</p>	<p>E 1 Eine aktuelle systematische Einschätzung der Dekubitusgefährdung liegt vor.</p>

Wissensgrundlagen

- Dekubitusentstehung („Druck x Zeit“, Prozess der Entstehung als multikausales Geschehen);
- Aufbau und Funktionen der Haut (incl. Blutversorgung);
- Ursachen und beeinflussende Risikofaktoren für die Entstehung und Ressourcen des Patienten/Betroffenen;
- Methoden und Instrumente um das Risiko zu erkennen und dieses einzustufen (Assessmentverfahren, Qualität der Instrumente zur Risikoeinschätzung, Grenzen der Risikoeinschätzung);
- Unterstützung des Theorie Praxis-Transfers durch praktische Übungen;

Aktuelles Wissen - Überblick



Hinweis der Expertengruppe

„Die Durchführung dekubitusprophylaktischer Maßnahmen ist aus ethischen und ökonomischen Gründen nur bei den Betroffenen sinnvoll, bei denen eine Gefährdung besteht“ (DNQP 2004, 53).

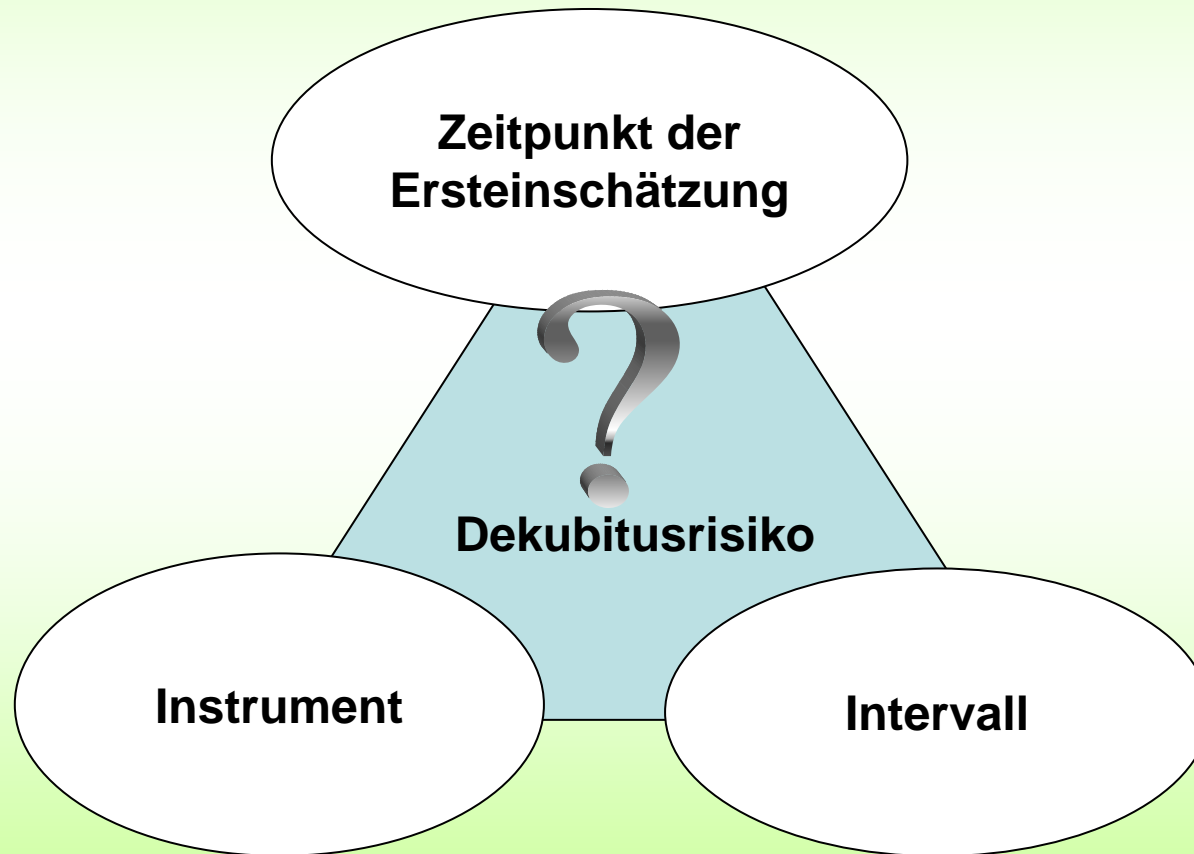
Risikoeinschätzung

Pflegerisches Assessment durch Pflegefachkräfte...

- Systematische Einschätzung des Patienten/Betroffenen mit Hilfe einer Risikokala (Assessmentinstrument) zur objektiven und standardisierten Erhebung (Screening) des Dekubitusrisikos (z. B., Braden, Norton, Waterlow)
Ziel bei sicheren Risikoskalen:
 - Besteht die Gefahr eines Dekubitus: ja nein ?
 - falls, nein: Durchführung der weiteren Pflegeanamnese;
(„Überassessment“ bei nicht gefährdeten Personen vermeiden);
 - falls, ja:
- gezielte individuelle und systematische Beobachtung des Patienten /Betroffenen (klinische Beurteilung) je nach individuellen Risikofaktoren zur Einschätzung der konkreten Risikogefährdung (unmittelbar bei der Aufnahme und kontinuierlich je nach Risikogefährdung durch die Pflegefachkraft) (=> Erfahrungswissen);

„Nicht die Skalen beugen dem Dekubitus vor,
sondern die Pflegenden“ (Braden in Lubatsch 2004, 117)

Drei Aspekte bei der Einschätzung des Dekubitusrisikos



Risikoeinschätzung mit „Risikoskalen“

Grundlagen:

- International existieren 43 verschiedene Skalen (vgl. Lubatsch 2005, 117); die Expertengruppe benennt 18 Skalen namentlich (vgl. DNQP 2004, 53);
- Die Skalen sind entweder für alle Patientengruppen (z.B. Bradenskala, Waterlowskala) oder bestimmte Patientengruppen (z. B. Nortonskala für ältere Menschen);
- Bei 126 möglichen Risikofaktoren ist es schwierig ein „perfektes“ Instrument zu entwickeln => Erfahrungswissen von Pflegefachkräften ist notwendig (vgl. DNQP 2004, 81)
- In den Risikoskalen werden über 30 bekannte Risikoparameter erfasst (z.B. Aktivität, Mobilität, der geistige Zustand, Inkontinenz);
- Gute Skalen zeichnen sich aus
 - durch eine gute Vorhersagequalität;
 - durch eine hohe Sensitivität und Spezifität;

Information: „Cut-off-Punkt“

- Bestimmung des optimalen Cut-off-Punktes (empfohlene Gesamtpunktwert zur Abgrenzung gefährdeter von nicht gefährdeter Personen)

z.B. bei der Bradenskala: Dekubitusgefährdung bei 16 Punkten und niedriger (in Forschungsuntersuchungen schwankte dieser Wert je nach Setting zwischen 10 Punkten und 19 Punkten)

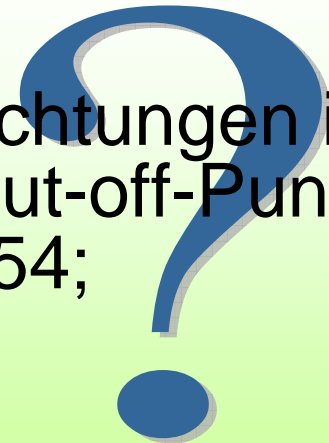
Empfehlung: Bestimmung des optimalen Cut-off-Punktes im eigenen Setting vor dem Einsatz jeder Skala (vgl. DNQP 2004, 54).

Optimale Cut-off-Punkt (Bsp. Braden-Skala)

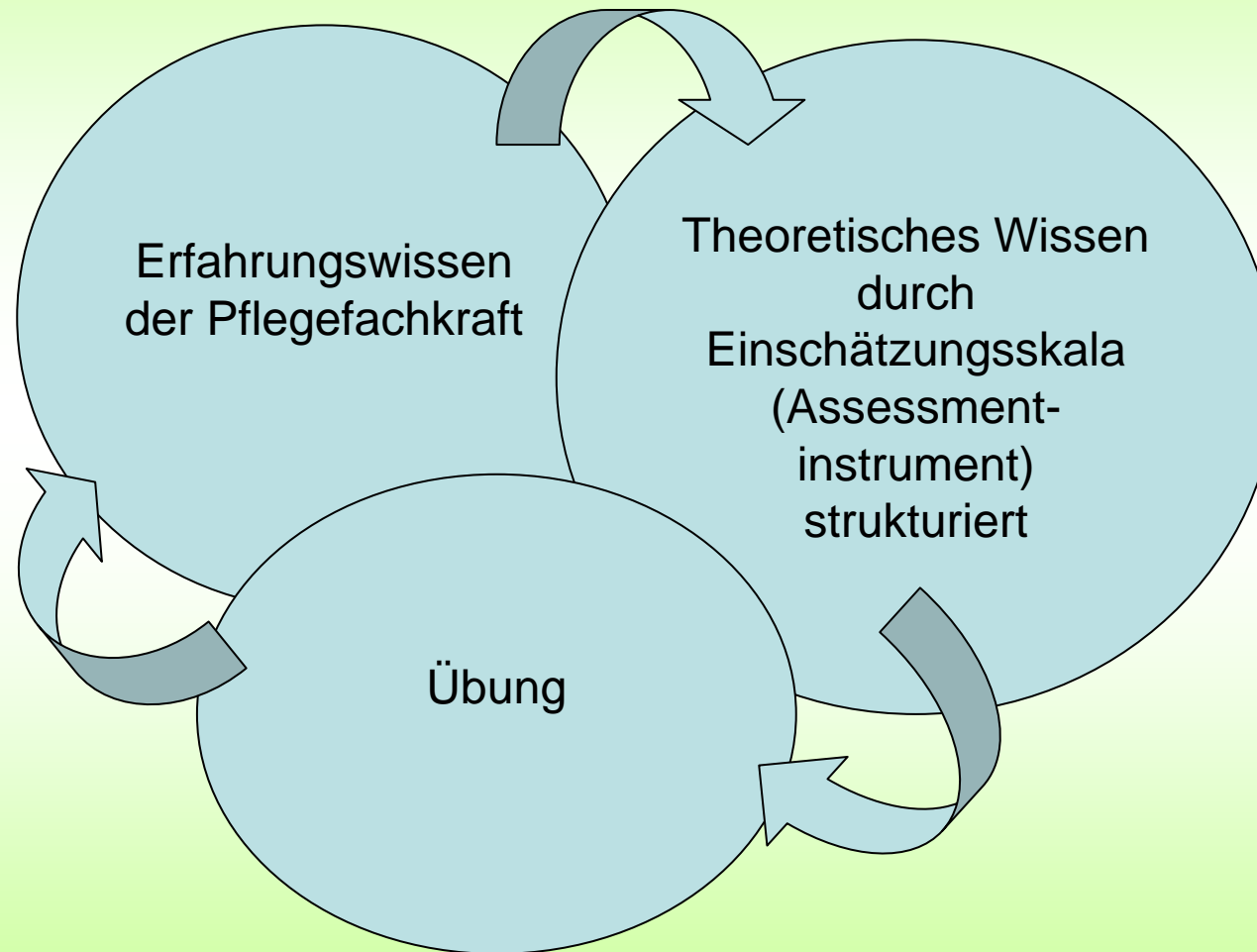
- Akutpatienten: 16-20 Punkte
- Pflegeheim: 17-18 Punkte
- Häusliche Pflege: 18 Punkte
(McGough 1999 zit. in Panfil 2004, 18)

Diskussion:

Sowohl Braden u.a. als auch die Expertengruppe empfehlen das Einrichtungen in eigenen Tests den angemessenen Cut-off-Punkt selbst bestimmen (vgl. DNQP 2004, 54; Lubatsch 2004, 119)



Förderung der Einschätzungskompetenz



Kriterienebene 2

Struktur	Prozess	Ergebnis
S 2 Die Pflegefachkraft beherrscht haut- und gewebeschonende Bewegungs-, Lagerungs- und Transfertechniken.	P 2 Die Pflegefachkraft gewährleistet auf der Basis eines individuellen Bewegungsplanes sofortige Druckentlastung durch die regelmäßige Bewegung des Patienten/Betroffenen, z.B. 30° Lagerung, Mikrobewegung, reibungs- und scherkräftearmen Transfer und fördert soweit als möglich die Eigenbewegung des Patienten/Betroffenen	E 2 Ein individueller Bewegungsplan liegt vor.

Wissensgrundlagen

- Erkennen der Bewegungsfähigkeit und der individuellen Bewegungsabläufe der Patienten/Betroffenen sowie deren Einbeziehung in die Bewegungsförderung;
- Bedeutung und Folgen der eingeschränkten Mobilität für den Patienten/Betroffenen - kognitiv, emotional, körperlich (vgl. Lubatsch 2004, 55); Bedeutung des Interaktionsprozesses zwischen Patient/Betroffener und Pflegefachkraft als Maßnahme zur Dekubitusprophylaxe (Empathie in der Pflege; Basale Stimulation in der Pflege);
- Bewegungsförderung zur Druckentlastung (u.a. Ziele, Mikrobewegungen);
- Konzepte der Bewegungsförderung (z.B. Kinästhetik, Bobath);
- Bedeutung des individuellen Bewegungsplanes zur aktiven Förderung der vorhandenen Eigenbewegungsmöglichkeiten;

Fallbeispiel

„Herr Müller bleibt nicht liegen“ ...

Herr Müller ist Patient/Bewohner in Ihrer Einrichtung. Das Bett steht an der Wand. Gerade waren wie immer um 18.30 Uhr zwei Pflegekräfte zur Positionsveränderung von Herrn Müller im Zimmer. Hr. Müller wird immer um diese Zeit auf die gesunde Seite in Blickrichtung zur Wand gelagert. „Er dreht sich ja gleich wieder zurück“, sagt die Pflegekraft beim Verlassen des Zimmers.

Entwicklung eines individuellen Bewegungsplanes

Ziele und Zweck

- Planung, Durchführung und Dokumentation der individuellen Bewegungsförderung der Patienten/Betroffenen sowie die Unterstützung bei notwendigen Positionswechseln;
- Überprüfung des Erfolges der durchgeführten Maßnahmen mit Hilfe eines individuellen Bewegungsplanes (vgl. Lubatsch 2004, 165)

Kriterienebene 3

Struktur	Prozess	Ergebnis
<p>S 3a Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz, geeignete druckreduzierende Hilfsmittel auszuwählen.</p> <p>S 3b Druckreduzierende Hilfsmittel (z.B. Weichlagerungskissen und -matratzen) sind sofort zugänglich, Spezialbetten (z.B. Luftkissenbetten) innerhalb 12 h.</p>	<p>P 3 Die Pflegefachkraft wendet die geeigneten druckreduzierenden Hilfsmittel an, wenn der Zustand des Patienten/Betroffenen eine ausreichende Bewegungsförderung bzw. Druckentlastung nicht zulässt.</p>	<p>E 3 Der Patient/Betroffene befindet sich unverzüglich auf einer für ihn geeigneten druckreduzierenden Unterlage, druckreduzierende Hilfsmittel werden unverzüglich angewendet.</p>

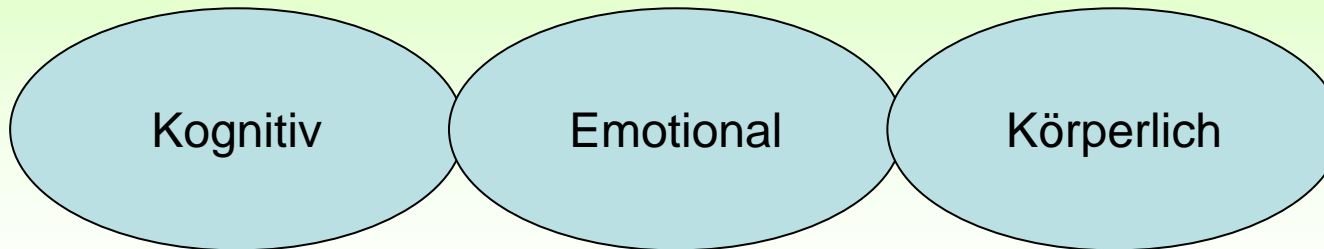
Wissensgrundlagen

- Wissen über die Wirkungsweise von unterschiedlichen druckreduzierender Hilfsmittel;
- spezifischen Anforderungen an druckreduzierende Hilfsmittel, deren Grenzen und Kontraindikationen zur individuellen Anpassung an die Situation des Patienten/Betroffenen;
- Wissen über den korrekten Umgang mit den Hilfsmitteln;
- Regelmäßige Evaluation und Neueinschätzung des Bedarfs an druckreduzierenden Hilfsmitteln beim Patienten/Betroffenen;
- Information und Anleitung des Patienten/Betroffenen;

„Schon Zeiten von 10-20 Minuten mit einem hohen Druck können zu Dekubitalproblemen führen. Aus diesem Grund muss sofort, d.h. ohne zeitliche Verzögerung, reagiert werden“ (DNQP 2004, 44)

P 3 Die Pflegefachkraft wendet die geeigneten druckreduzierenden Hilfsmittel an, wenn der Zustand des Patienten/Betroffenen eine ausreichende Bewegungsförderung bzw. Druckentlastung nicht zulässt.

Dimensionen der Druckentlastung



Quelle: Lubatsch 2004, 55

- Kognitive Druckentlastung: Die Situation ist für die Patientin/Betroffene verstehbar.
 - Emotionale Druckentlastung: Die Patientin/Betroffene im Rahmen einer empathischen Pflegebeziehung seine Gefühle ausdrücken. Diese werden von Pflegefachkräften zugelassen und verstanden.
 - Körperliche Druckentlastung,
- => Im pflegerisch-therapeutischen Interaktionsprozess muss neben der körperlichen Druckentlastung auch die kognitive und emotionale Druckentlastung Beachtung finden (vgl. Lubatsch 2004, 55).

Kriterien zur Auswahl geeigneter druckreduzierender Hilfsmittel

- Die prioritären Pflege- und Therapieziele die zusammen mit den Patienten/Betroffenen angestrebt werden? (z.B. Schmerzreduktion, Bewegungsverbesserung, Ruhigstellung);
- Wohlbefinden der Patienten/Betroffenen;
- Möglichkeiten der Eigenbewegung der Patienten/Betroffenen;
- gefährdeten Körperstellen;
- Gewicht der Patienten/Betroffenen;
- die Abwägung von Kosten und Nutzen (vgl. DNQP 2004, 43).

Begriffsdefinitionen – druckreduzierende Hilfsmittel

- Weichlagerung
- Wechseldrucklagerung
- Matratzenauflage
- Matratzenersatz

Grenzen und Nebenwirkungen druckreduzierender Hilfsmittel

- Förderung der Eigenbewegung bzw. Unterstützung beim Positionswechsel bei Patienten/Betroffenen auf Dekubitusmatratzen;
- „Die Körperkonturen verschwimmen“ – Störung der Körperwahrnehmung durch Weichlagerung;
- Reduzierung von Spontan- und Eigenbewegungen von Patienten/Betroffenen;
- Weitere Beeinträchtigungen durch Wechseldruckmatratzen:
 - die Unruhe der Auflageoberfläche bewirkt Irritationen;
 - erschwerte Mobilisation (über die Bettkante);
 - können bei Menschen nach einem Schlaganfall bei entsprechender Disposition Spastiken auslösen (Matratzen mit einem Maximaldruck von ca. 64 mmHg und einem kurzen Druckimpuls (ca. 6 mmHgH-1));
- Beeinträchtigungen der Schlafqualität durch Geräusche, Vibration und unphysiologische Liegeposition (vgl. Lubatsch 2004, 173).

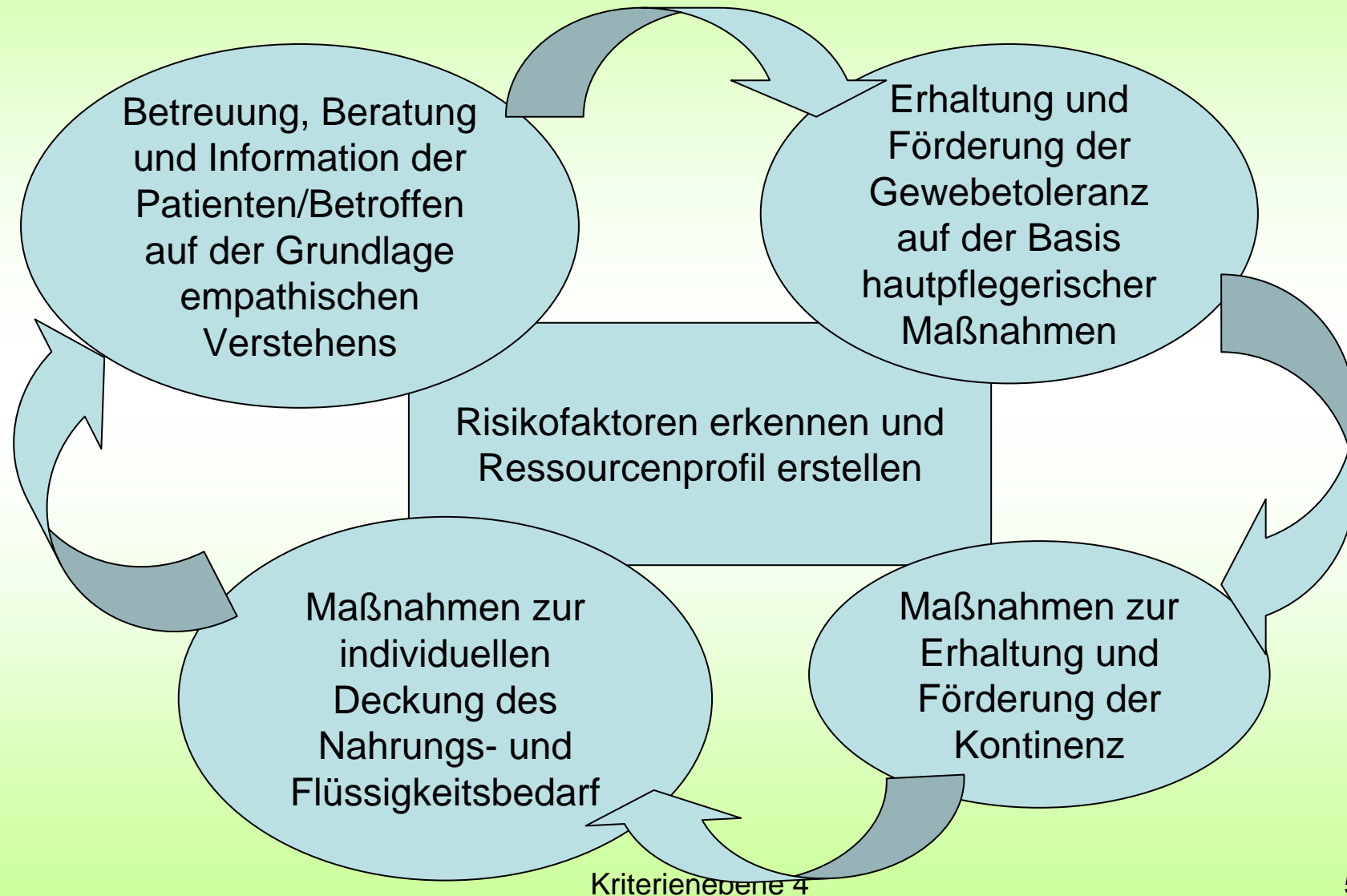
Kriterienebene 4

Struktur	Prozess	Ergebnis
S 4 Die Pflegefachkraft kennt neben Bewegungsförderung und Druckreduktion weitere geeignete Interventionen zur Dekubitusprophylaxe, die sich aus der Risikoeinschätzung ergeben.	P 4 Die Pflegefachkraft leitet auf der Grundlage der Risikoeinschätzung für alle identifizierten Risikofaktoren weitere Interventionen ein, die beispielsweise die Erhaltung und Förderung der Gewebetoleranz dienen.	E 4 Die durchgeführten Interventionen zu den Risikofaktoren sind dokumentiert.

Wissensgrundlagen

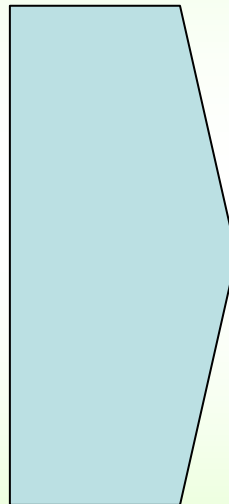
- Dekubitusprophylaxe als Interaktionsprozess zwischen Patientin/Betroffene und Pflegefachkraft gestalten (Empathie in der Pflege, Basale Stimulation in der Pflege, Kinästhetik);
- Hautpflege: Wissen über Maßnahmen zu Erhaltung und Förderung der Gewebetoleranz:
Schutzfunktion der Haut aufrecht erhalten, Maßnahmen unterscheiden können, die die Haut pflegen oder schädigen;
- Ernährung: Wissen über den Nährstoffbedarf dekubitusgefährdeter Menschen sowie von Patienten/Betroffenen mit Dekubitus; Wissen über Kennzeichen und Erkennungszeichen sowie die Auswirkungen von Mangelernährung auf dekubitusgefährdete Patienten/Betroffene; Wissen über Maßnahmen um Ernährungsdefizite ausgleichen zu können;

Weitere Interventionen zur Dekubitusprophylaxe



Hautpflege (vgl. Australian Wound Management Association 2001 in DNQP 2004, 87)

**Erhaltung und
Verbesserung der
Gewebetoleranz
für Druck**



- ⇒ Hauthygiene
- ⇒ Erhaltung des (physiologischen) Feuchtigkeitsniveaus
- ⇒ Erhaltung einer stabilen Hauttemperatur
- ⇒ Optimierung des Ernährungsstatus

Pflegewissenschaftlicher Exkurs

Evidenz-basierte Pflege

„Evidence-based“ ist der „gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der Versorgung individueller Patienten“ (Sackett in Panfil u.a. 2001, 33)

Pflegewissenschaft – Evidenzhierarchie für Standards und Leitlinien;
nach: Agency for Health Care Policy and Research, 1992)

Stufe	Evidenztyp
A	Ausschließlich Studien der Stufe I: Es liegt ein guter wissenschaftlicher Beleg zur Untermauerung der Empfehlung vor;
B	Studien der Stufen II und III: Es liegt ein relativ guter wissenschaftlicher Beleg zur Untermauerung der Empfehlung vor;
C	Studien, bzw. Literatur der Stufe IV: Die Empfehlung basiert auf Expertenmeinung

Quelle: DNQP 2004, 74

Evidenzhierarchie

Stufe	Evidenztyp
Ia	wenigstens ein systematischer Review auf der Basis methodisch hochwertiger kontrollierter, randomisierter Studien (RCTs)
Ib	wenigstens ein ausreichend großer, methodisch hochwertiger RCT
IIa	wenigstens eine hochwertige Studie ohne Randomisierung
IIb	wenigstens eine hochwertige Studie eines anderen Typs quasi-experimenteller Studie
III	mehr als eine methodisch hochwertige nichtexperimentelle Studie
IV	Meinungen und Überzeugungen von angesehenen Autoritäten (aus klinischer Erfahrung); Expertenkommissionen; beschreibende Studien

Tabelle 3: Evidenzhierarchie (Deutsches Cochrane Zentrum 2002, Quelle: AHCPR Publication 1992, 92-0032: 100-107)¹⁴

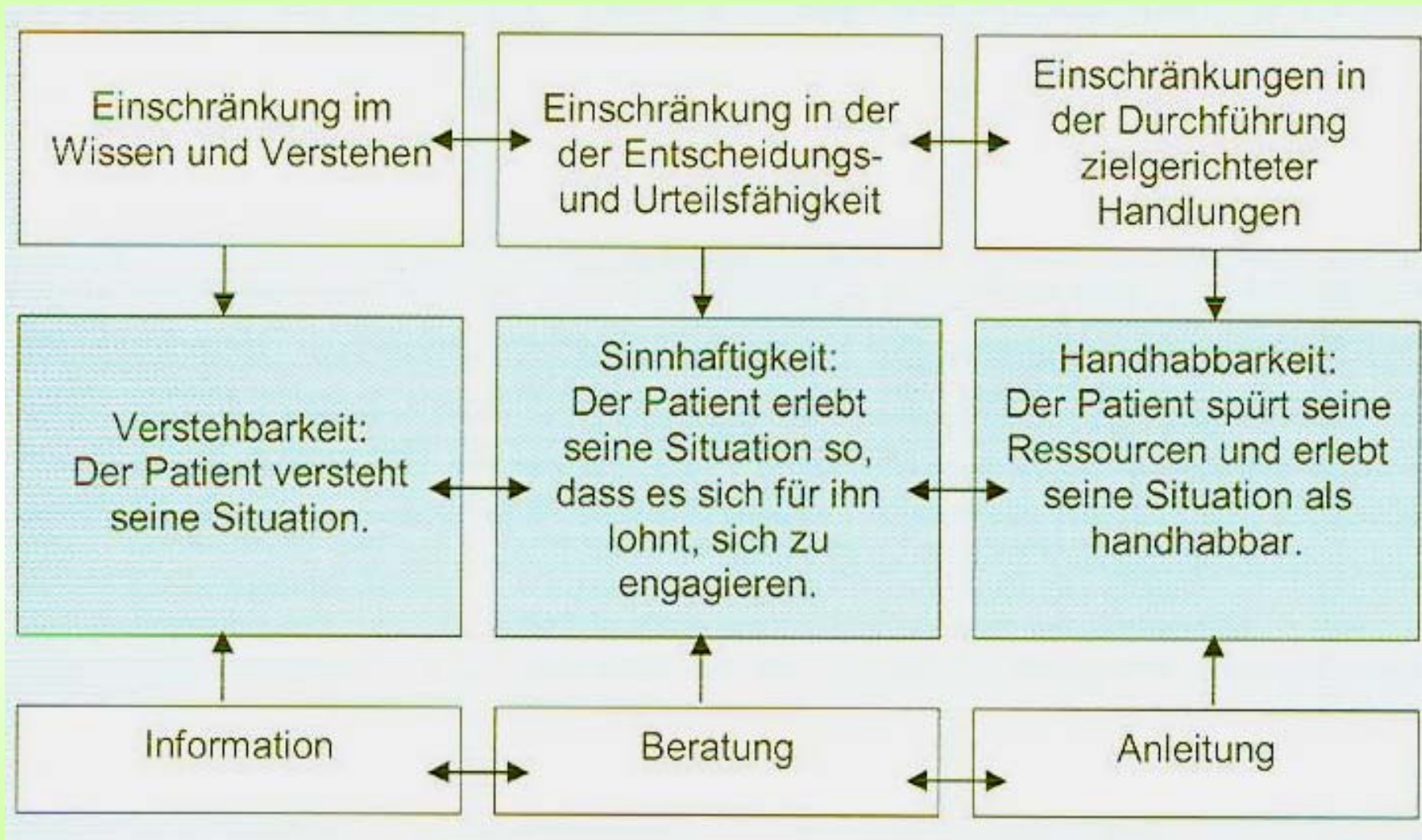
Kriterienebene 5

Struktur	Prozess	Ergebnis
<p>S 5 Die Pflegefachkraft verfügt über Fähigkeiten, Informations- und Schulungsmaterial zur Anleitung und Beratung des Patienten/Betroffenen und seiner Angehörigen zur Förderung der Eigenbewegung des Patienten/Betroffenen und zur Druckreduktion.</p>	<p>P 5 Die Pflegefachkraft erläutert die Dekubitusgefährdung und die Notwendigkeit von prophylaktischen Maßnahmen, plant diese individuell mit dem Patienten/Betroffenen und seinen Angehörigen.</p>	<p>E 5 Der Patient/Betroffene und seine Angehörigen kennen die Ursachen der Dekubitusgefährdung sowie die geplanten Maßnahmen und wirken auf der Basis ihrer Möglichkeiten an deren Umsetzung mit.</p>

Wissensgrundlagen

- Wissen über die unterschiedliche Dimensionen von „Information“, „Beratung“ und „Anleiten“ in der Pflege um gezielt und systematisch den Patienten/Betroffenen und/oder seine Bezugspersonen zu informieren, beraten oder/und anzuleiten (Ziele, Voraussetzungen, Durchführung);

Information , Beratung, Anleitung



Quelle: Lubatsch 2004, 204

Kriterienebene 6

Struktur	Prozess	Ergebnis
<p>S 6 Die Einrichtung stellt sicher, dass alle an der Versorgung des Patienten/Betroffenen Beteiligten den Zusammenhang von Kontinuität der Interventionen und Erfolg der Dekubitusprophylaxe kennen und gewährleistet die Informationsweitergabe über die Dekubitusgefährdung an externe Beteiligte.</p>	<p>P 6 Die Pflegefachkraft informiert die an der Versorgung des dekubitusgefährdeten Patienten/Betroffenen Beteiligten über die Notwendigkeit der kontinuierlichen Fortführung der Interventionen (z.B. Personal in Arztpraxen, OP- und Röntgenabteilungen, oder Transportdiensten).</p>	<p>E 6 Die Dekubitusgefährdung und die notwendigen Maßnahmen sind allen an der Versorgung des Patienten/Betroffenen bekannt.</p>

Wissensgrundlagen

- Wissen über die Bedeutung der kontinuierlichen Anwendung dekubitusprophylaktischer Maßnahmen und über die Auswirkungen von fehlender Kontinuität;
- Wissen über die Notwendigkeit der kontinuierlichen Fortführung aller geplanten Interventionen und die damit verbundene Verantwortung für den berufsgruppen- und abteilungsübergreifenden Informationsfluss;

„Pflegefachkräfte müssen die an der Versorgung des Patienten/Betroffenen Beteiligten zur Sicherstellung der Fortführung prophylaktischer Maßnahmen über die Dekubitusgefährdung und die notwendigen Maßnahmen informieren“ (DNQP 2004, 49)

Beispiel

P 6 Die Pflegefachkraft informiert die an der Versorgung des dekubitusgefährdeten Patienten/Betroffenen Beteiligten über die Notwendigkeit der kontinuierlichen Fortführung der Interventionen (z.B. Personal in Arztpraxen, OP- und Röntgenabteilungen, oder Transportdiensten).

Kriterienebene 7

Struktur	Prozess	Ergebnis
S 7 Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz, die Effektivität der prophylaktischen Maßnahmen zu beurteilen.	P 7 Die Pflegefachkraft begutachtet den Hautzustand des gefährdeten Patienten/Betroffenen in individuell zu bestimmenden Zeitabständen.	E 7 Der Patient hat keinen Dekubitus.

Wissensgrundlagen

- Überprüfung der durchgeführten Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit => geeignete Verfahren zur Evaluation anwenden können;
- Wissen über die Stadien des Dekubitus um diese von anderen Hautphänomenen abzugrenzen;

„Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe müssen regelmäßig auf ihre Wirksamkeit hin überprüft werden. Dazu muss die Pflegefachkraft über entsprechende Kompetenzen verfügen um eindeutig einen entstandenen Dekubitus mindestens Grad 1 oder höher von einer einfachen Hautrötung oder einem anderen Hautphänomen abgrenzen zu können“ (DNQP 2004, 49 f.).

Intakte Haut



- Intakt (lat.): a) unversehrt, unberührt, heil; b) voll funktionsfähig (lt. Duden, Fremdwörterbuch); „gesunder“ Zustand der Haut, in dem sie ohne Störungen funktioniert;
- reizlose Haut: Es sind keine Reizungen von innen oder außen ersichtlich; besser „ungereizte“ Haut, da „reizlos“ synonym mit „fad, langweilig, monoton“ verwendet wird; Die normale Haut ist elastisch, glatt, ungereizt, warm, nicht feucht, „blass-rosa“, trocken; (vgl. Lubatsch 2004, 134 f.)

Inspektion der Haut – Empfehlungen

- regelmäßige Inspektion der Haut nach einem individuell für die jeweiligen Patienten/Betroffenen bestimmten Zeitraum;
- zusätzliche Inspektion der individuell gefährdeten Hautbereiche;
- Erstes Zeichen eines bereits entstandenen Druckgeschwürs (Dekubitus Grad 1): vorhandene und anhaltende Rötung der Haut an gefährdeten Körperstellen (vgl. DNQP 2004, 36)
- sofortige fachrichtige Dokumentation aller Beobachtungen;

Beispiele: Hautphänomene



... Beispiele: Hautphänomene



Abgrenzung zu anderen Hautphänomenen

Beispiele:

- Persistierende Hautrötung;
- Hautirritation;
- Mazeration;
- Intertrigo;
- Erosion;
- Candidiasis (Candidose) - *Candida albicans* Infektion;
- Verbrennung;
- Allergisches Kontaktekzem (vgl. Lubatsch 2004, 131-134).

E 7 Der Patient/Betroffenen hat keinen Dekubitus

„Ziel der prophylaktischen Maßnahmen ist die Verhinderung eines Dekubitus. Dieses Ziel kann in der Regel auch erreicht werden“ (DNQP 2004, 50).

4. Audit

Ein Audit ist eine unabhängige, systematische Untersuchung, bei der im Stichprobenverfahren fest gestellt wird, ob eine Organisation/Abteilung zuvor fest gelegte Anforderungen/Kriterien erfüllt.

Prinzipien:

- Anforderungen an Auditoren (ethisches, wahrheitsgemäßes Verhalten, Sorgfalt);
- Vorgesetzte können ihre eigenen Verantwortungsbereiche nicht auditieren (Auditoren müssen Unvoreingenommen sein und frei von Interessenkonflikten);
- Personen, die keine direkte Verantwortung im zu auditierenden Bereich können die Aufgabe übernehmen (aus dem Team); (vgl. Lubatsch 2004, 61)

Das „Audit-Instrument“ zum Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“

Datenquellen

- Dokumentation;
- Patienten-Befragung;
- Pflegekräfte-Befragung;

Durchführung

- mit entsprechenden Erhebungsbögen;

- Erfüllung der Ergebniskriterien => patientenbezogene Daten;
- Prozesskriterien wurden nicht berücksichtigt (methodischer Aufwand, Kooperations- und Akzeptanzprobleme wurden befürchtet);
- Erfüllung der Strukturkriterien => Personalbefragung; (vgl. DNQP 2004, 93-100)

Literaturverzeichnis

- Bartholomeyczik, Sabine: Sinn und Unsinn von Pflegestandards. In: Heilberufe 5/2000, S. 12-16
- Blumenstock, G.: Qualitätsmanagement im Krankenhaus: Qualitätsindikatoren der stationären Versorgung auf der Basis administrativer Daten. In: Schwartz F.W. (Hrsg) Public Health Bd. 6. Sankt Augustin: Asgard Hipp, 1996
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). URL: www.dnqp.de vom 15.04.2006
- DNQP: Definitionspapier 2000
- Kerres, Andrea; Falk, Juliane; Seeberger, Bernd (Hrsg.): Lehrbuch Pflegemanagement I. Berlin u.a., Springer Verlag, 1999
- Lubatsch, Heike: Dekubitusmanagement auf der Basis des Nationalen Expertenstandards. Ein Qualität entwickelndes Pflegemanagement. Hannover, Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, 2004
- Panfil, Eva-Maria; Wurster Jahin: Evidenzbasierte Pflege. Professioneller Pflegen geht nicht!? In: Dr.med.Mabuse 131, Mai/Juni 2001, S. 33-36
- Panfil, Eva-Maria: Skalen zur Erfassung des Dekubitusrisikos. In: Pflege aktuell, Januar 2004, S. 14-19
- Random House: The Random House College Dictionary. Random House, New York, 2000
- Schneider, Antonius; Broge, Björn; Szecsenyi, Joachim: Müssen wir messen um (noch) besser werden zu können? Die Bedeutung von Qualitätsindikatoren in strukturierten Behandlungsprogrammen und Qualitätsmanagement. In: Z.Allg.Med. 2003; 79: 547-552 ;
- Schiemann, Moers, : Werkstattbericht über ein Forschungsprojekt zur Weiterentwicklung der Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung in der Pflege.
- Shea, J.D.: Pressure sores. Classification and Management, in: Clinical Orthopaedics and Related Research, 1975 und AHCP: Treatment of Pressure Ulcers, Clinical Practice Guideline, 1994
- Springer-Lexikon Pflege / Hrsg.: Kenneth A. Anderson: 2. Auflage, Berlin u.a., 2002
- Stöcker, Gertrud: „Wie Begriffe auch Ansprüche definieren“. In: Pflege Aktuell, Juli/August 2003, S. 398-402