

Risikoeinschätzung innerhalb der ersten acht Stunden bei:

- Eingeschränkter Mobilität
- Sensibilitätsstörungen
- Bereits vorhandenen oder abgeheilten Druckgeschwüren
- Mangelernährung
- Selbstständiger Lagewechsel ist nicht möglich
- Kognitiven Einschränkungen

Werden Tools als strukturierter Ansatz für die Risikoeinschätzung gewählt, sollten zusätzliche Risikofaktoren berücksichtigt werden. Eine klinische Beurteilung ist unerlässlich.

Hautinspektion, wenn ein Risiko vorliegt, hinsichtlich:

- Intakter Haut (vor allem an druckgefährdeten Stellen)
- Veränderungen in der Hautfarbe
- Unterschiede in der Hauttemperatur, Feuchtigkeit, Spannungszustand (Inkontinenz, Ödeme, trockene und empfindliche Haut)

Verwenden Sie die Fingerdruckmethode: Bei einer vorhandenen Rötung der Haut wird durch Fingerdruck für drei Sekunden kontrolliert, ob sich die Rötung wegdrücken lässt.

Führen Sie eine neuerliche Begutachtung der Haut bei Änderung der oben genannten Faktoren durch. Steigern Sie bei Bedarf die Häufigkeit der Beobachtung.

Erstellen Sie einen individuellen Pflegeplan mit Präventionsmaßnahmen.

Dokumentieren Sie alle Risikoeinschätzungen.

Führen Sie bei allen Personen mit Risiko Positionswechsel durch, um die Dauer und das Ausmaß des Drucks auf gefährdete Körperstellen zu reduzieren

- Ein Risikofaktor → 6-stündlich
- Zwei oder mehr Risikofaktoren → 4-stündlich

Verwenden Sie Haut- und gewebeschonende Lagerungs-, Transfer- und Wendetechniken, um Druck, Reibungs- und Scherkräfte zu vermeiden.

Lagern Sie die Person unter Risiko auf Grundlage eines individuellen Bewegungsplans.

Lagern Sie Personen nicht auf bereits geröteten Stellen insbesondere knöchernen Vorsprünge (Kreuzbein, Sitzbeinhöcker, Trochanter und Ferse).

Informieren Sie alle an der Pflege Beteiligten über die Notwendigkeit des Positionswechsels.

Dokumentieren Sie die Häufigkeit, Art und Auswirkung des Positionswechsels im Bewegungsplan. Evaluieren Sie die gesetzten Maßnahmen regelmäßig.

Stellen Sie sicher, dass alle Pflegepersonen im Umgang mit den Lagerungshilfsmitteln zum Positionswechsel geschult sind.

Führen Sie eine 30 Grad Seitenlagerung rechts/links in Abwechslung mit Rücken- oder Bauchlage durch. Eine Oberkörperhochlagerung soll außer in Ausnahmefällen nur bis maximal 30 Grad erfolgen.

Positionieren Sie Personen möglichst nicht auf einem bestehendem Dekubitus.

Verwenden Sie eine hochwertige passive Schaummatratze bei:

- Personen, die als dekubitusgefährdet eingestuft wurden
- Personen mit Dekubitus Grad 1 und Grad 2

Verwenden Sie eine Wechseldruckmatratze bei:

- Personen mit bestehendem Dekubitus - Grad 3, Grad 4, und nicht zuordenbar
- Personen unter Risiko (Personen nach Schlaganfall, Operationen oder in der terminalen Phase)

Verwenden Sie keine kleinzelligen Wechseldruckauflagen oder -matratzen, welche einen Durchmesser unter 10cm haben.

Verwenden Sie keine Hilfsmittel, die lokal Druck ausüben (z. B. wassergefüllte Handschuhe, Hilfsmittel in Ring und Donutform, synthetische Schafsfelle).

Lagern Sie die Fersen (z. B. mit einem Polster) so frei, dass das Gewicht des Beines entlang der Wade verteilt ist. Hierbei sollten die Knie leicht gebeugt sein.

Bei Verwendung von druckverteilenden Unterlagen, beschränken Sie die Menge der Bettwäsche und Einlagen, welche auf die druckverteilende Unterlage gelegt werden.

Wählen Sie eine Sitzposition, die Druck- und Scherkräfte auf Haut- und Weichteile minimiert. Achten Sie bei der Mobilisation in Rollstühlen auf die Anpassung von Fußstützen und Armlehnen.

Verwenden Sie ein druckverteilendes Sitzkissen für Personen unter Risiko, die in Sesseln oder Rollstühlen sitzen.

Polster aus natürlichem Schaffell könnten bei der Vorbeugung von Dekubitus helfen.

Halten Sie die Haut sauber und trocken. Verwenden Sie zur Reinigung und Pflege nur ph-neutrale und nicht reizende Mittel.

Schützen Sie die Haut durch geeignete Hautpflegeprodukte vor großer Feuchtigkeit und Nässe (z. B. inkontinenzbedingt).

Vermeiden Sie das Massieren oder das Reiben von dekubitusgefährdeter Haut.

Überprüfen Sie den Ernährungsstatus bei jeder Person, bei der das Risiko eines Dekubitus besteht oder die einen Dekubitus hat:

- Bei der Aufnahme in eine Einrichtung der Gesundheitsversorgung
- Bei jeder bedeutsamen Veränderung des klinischen Zustands und/oder
- Wenn kein Fortschritt hin zu einer Heilung des Dekubitus beobachtet wird.

Erstellen Sie einen Ernährungs- und Flüssigkeitsplan.

Ziehen Sie bei Personen mit Mangelernährungsrisiko eine/n Diätassistenten/in oder falls nötig ein multidisziplinäres Ernährungsteam hinzu.

Bieten Sie dekubitusgefährdeten Personen mit Mangelernährungsrisiko proteinreiche Nahrungsergänzungsmittel zusätzlich zu den regulären Mahlzeiten an.

Erheben und dokumentieren Sie alle Äußerungen und Beobachtungen zu Schmerz, die in Verbindung mit einem Druckschaden stehen.

Denken Sie bei der Pflegeplanung auch an nicht pharmakologische Maßnahmen, wie therapeutische Lagerungen.

Stellen Sie sicher, dass betroffene Personen und ihre Angehörigen vor der Entlassung aus der Einrichtung, eine Schulung über die Prävention von Dekubitus erhalten.

Erstellt von: Aspäck V., Leitner N.I., Suppan T., Stryeck M., Putz-Scheicher C., Lüftenegger A.

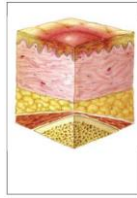
Supervidiert durch: Lohrmann C., Großschädl F., Schoberer D.

Diese Pocketcard ist das Ergebnis eines erweiterten Guideline-Updates im Rahmen einer Lehrveranstaltung von Studierenden des Masterstudiengangs Pflegewissenschaft. Aus der Guideline kann die zugrundeliegende Literatur entnommen werden.

# Internationales Klassifikationssystem für Dekubitus

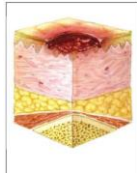
Kategorie/Stadium I:

Nicht wegdrückbares Erythem



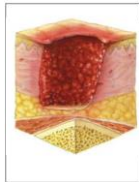
Kategorie/Stadium II:

Teilverlust der Haut



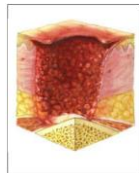
Kategorie/Stadium III:

Vollständiger Verlust der Haut



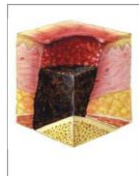
Kategorie/Stadium IV:

Vollständiger Gewebeverlust



Keiner Kategorie/ keinem Stadium zuordenbar:

Tiefe unbekannt



Vermutete tiefe Gewebeschädigung:

Tiefe unbekannt

