

Positionspapier

Dekubitus als Qualitätsindikator

Version 2.0

Diese Empfehlung beschreibt den Qualitätsindikator⁽⁶⁾ Dekubitus zur Unterstützung einer nationalen Vergleichbarkeit der Daten.

Zielsetzung ist, in Institutionen des Gesundheitswesens eine einheitliche Datengrundlage bei

- einem bestehenden Risiko für Dekubitus und
- einem vorliegenden Dekubitus generieren zu können.

Diese Daten können in Folge institutionsübergreifend herangezogen werden.

Im Dokument werden Teilmhalte eines minimalen Data-Sets zur Erhebung eines Dekubitusrisikos und zur Festlegung der Kumulativen Inzidenz⁽⁴⁾ zusammengefasst. Dies stellt die erste Grundlage für die Weiterentwicklung eines institutionsübergreifend verwendbaren Qualitätsindikators dar.

Der Qualitätsindikator Dekubitus ist als Teilaspekt der Versorgungsqualität mit starkem pflegerischen Einfluss zu betrachten. Er kann als eine Grundlage herangezogen werden, um die Entwicklung des Versorgungsprozesses zu steuern, sowie das Monitoring der Dekubitusversorgung in der Praxis zu unterstützen.

Das Positionspapier „Dekubitus als Qualitätsindikator“ basiert auf Grundlagen der angeführten Literatur und Ergebnissen der Arbeitsgruppe.

Merkmale des Qualitätsindikators Dekubitus

1. Definition des Dekubitus

Ein Dekubitus ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunter liegenden Gewebes, typischerweise über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder Druck in Verbindung mit Scherkräften. Es gibt eine Reihe weiterer Faktoren, welche tatsächlich oder mutmaßlich mit Dekubitus assoziiert sind; deren Bedeutung aber noch zu klären ist.⁽³⁾

Klassifikationssystem

Kategorien/Stadien von NPUAP/EPUAP, 2014⁽³⁾

1. Nicht wegdrückbares Erythem
2. Teilverlust der Haut
3. Vollständiger Verlust der Haut
4. Vollständiger Gewebeerlust

Zusatzkategorie*: Keiner Kategorie/Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt

Zusatzkategorie**: Vermutete tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt

/ Relevanz aufgrund der Praktikabilität hinsichtlich der korrekten Einschätzung des Schweregrades eines Dekubitus*

1.1 Weitere Spezifika

- Während der Wundheilung erfolgt keine Diagnoseänderung. Die Rückkategorisierung in eine geringere Kategorie, z.B. ein Dekubitus der Kategorie 4 wird nicht zum Dekubitus der Kategorie 3 oder 2, ist nicht zulässig. Ein Dekubitus der Kategorie 4 bleibt als Diagnose bestehen und wird „in Abheilung“ bezeichnet.
- Eine Diagnoseänderung wird bei einer Tiefenänderung der Gewebeschädigung vorgenommen, z.B. ein Dekubitus der Kategorie 2 kann sich zu einem Dekubitus der Kategorie 3 entwickeln.

2. Population

- Personen mit erhobenem Risiko für Dekubitus, mit Stammdaten wie z.B. Alter, Geschlecht, Risikofaktoren, welche in einem Kontext zu einem Dekubitus stehen.
- Personen mit einem festgestellten Dekubitus ohne vorherige Risikoeinschätzung, mit Stammdaten wie z.B. Alter, Geschlecht, welche in einem Kontext zu einem Dekubitus stehen.
- Personen mit einem festgestellten Dekubitus und einem vorliegenden Risiko, mit Stammdaten wie z.B. Alter, Geschlecht, Risikofaktoren, welche in einem Kontext zu einem Dekubitus stehen.

Die Datengenerierung soll aus Routinedaten möglich sein, um einen zusätzlichen Dokumentationsaufwand zu vermeiden.

3. Datenerhebung

3.1 Risikoeinschätzung

- Der erste Erhebungszeitpunkt des Dekubitusrisikos erfolgt im Rahmen des Aufnahmeassessments und bei der Veränderung des/der Patienten-Klienten- Bewohnersituation mittels klinischer Einschätzung⁽⁵⁾ oder Einschätzung mit der Braden Skala⁽¹⁾.
 - o Cut off: 18 Punkte der Braden Skala
- Ein bestehender Dekubitus ist als Indikation für eine Risikoeinschätzung zu bewerten.

3.2 Dekubituskategorien

Die Dekubituskategorien inklusive der Entstehungszeit, vor der Aufnahme oder während des Aufenthaltes, werden erfasst.

3.3 Weitere Spezifika

- Wird beim Aufnahmeassessment kein Dekubitus erfasst, bedeutet das, es liegt kein Dekubitus vor.
- Ein mindestens zweiter Erhebungszeitpunkt für die Feststellung, ob ein Dekubitus während des Aufenthaltes in der jeweiligen Institution entstanden ist, findet im Rahmen der Entlassung/Verlegung statt.
- Entsteht ein Dekubitus während des Aufenthaltes in der Institution ohne vorherige Risikoeinschätzung, erfolgt die Dokumentation des Dekubitus vor der Risikoeinschätzung.

4. Datenauswertung

Die Institutionen definieren die Voraussetzungen für eine bereichsorientierte und periodische Datenauswertung

4.1 Weitere Spezifika

- Erhebung der „höchsten“ Kategorie/Stadium, welcher während des Aufenthaltes bei einem Gesundheitsdienstleister pro Person aufgetreten ist.
- Nur der, in der Institution entstandene Dekubitus fließt in das Datenmanagement ein.

4.2 Kumulative Inzidenz:

Der Begriff Inzidenz beschreibt die Rate der neu aufgetretenen Dekubitus in einer Personengruppe mit festem Umfang. Werden diese Personen über eine bestimmte Zeitspanne beobachtet, ist das die kumulative Inzidenz, weil sich neue Fälle über eine Periode ansammeln.⁽²⁾

$$\frac{\text{Anzahl der Personen, mit einem oder mehreren in der Institution entstandenen Dekubitus in einem definierten Zeitraum} \times 100}{\text{Gesamtpopulation* in einem definierten Zeitraum}}$$

* Personen mit festgestelltem Dekubitusrisiko

Formel⁽⁴⁾

Quelle:

1. Balzer Katrin, Mertens Elke. Dekubitusrisiko-Assessment. In: Reuschenbach Bernd, Mahler Cornelia. (Hg.), Pflegebezogene Assessmentinstrumente. Huber, Bern, 2011, Kapitel 16, S. 305-325.
2. Fletcher Robert H., Fletcher Zuzanne W. Klinische Epidemiologie. Grundlagen und Anwendung. Huber, Bern, 2007, S. 97-98.
3. http://www.apupa.at/deutsch/dekubitus_4stadien.html (18.04.2017), Internationale Definition und Klassifikationssystem des Dekubitus von EPUAP/NPUAP, 2014.
4. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel und Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia, 2014.
5. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel und Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Hrsg.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia, 2014.

Prävention und Therapie von Dekubitus: Kurzfassung der Leitlinie. Deutsche Version: http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/german_quick-reference-guide.pdf (23.01.2017)

6. Wieteck Pia, Kraus Sebastian. Diskussionsvorlage. Nationales Datenmanagement Qualitätsindikator Dekubitus. Thieme, Recom, Wien, 23. Januar 2017.

Qualitätsindikator Dekubitus , Version 2.0

Grundlagen für die Entwicklung des Positionspapieres „Dekubitus als Qualitätsindikator“ waren mehrfache Anfragen aus der Praxis sowie Industrie und Diskussionen hinsichtlich der Herausforderungen zum Datenmanagement Dekubitus in Österreich und im Vergleich zur internationalen Situation. APUPA hat daraus resultierend eine Arbeitsgruppe zur Thematik einberufen. Das Ergebnis ist eine nationale Empfehlung zum Qualitätsindikator Dekubitus. Nichtziel ist die Implementierung einer nationalen Datenbank. Das Dokument „Pflege-Ergebnisqualität“⁽¹⁾ von der Gesundheit Österreich GmbH, 2013 wurde in der Vorbereitungsphase für die Beleuchtung der nationalen IST-Situation und den Ländervergleich herangezogen.

Dieses Positionspapier stellt die erste Grundlage in Österreich dar, mit dem Ziel der Weiterentwicklung zur Zuverlässigkeit der Datenqualität.

Wie im Positionspapier empfohlen, ist die Verwendung von Routinedaten (beinhaltet die bisher in der Institution etablierte Dokumentation der Daten) einer gesonderten, zusätzlichen Erhebung vorzuziehen. Damit stehen Daten zeitnah und automatisiert, z.B. aus elektronischen Akten nahezu unmittelbar zur Verfügung ohne zusätzlichen Erhebungsaufwand. Davor ist jedoch zu prüfen, auf welcher Grundlage die erforderlichen Daten erhoben werden.

Für die Empfehlung der Braden Skala spricht die Autorisierung bei der Übersetzung durch die Verfasserinnen, wohlwissend, dass der Übersetzungsprozess nicht transparent dokumentiert ist.

Die Interpretation der Daten erforderte eine gezielte Auseinandersetzung u.a. mit dem Setting in welchem die Daten generiert werden, die Population, der Kompetenz der Mitarbeiter, welche im Versorgungsprozess eingebunden sind sowie vorhandene formelle und informelle Strukturen in der jeweiligen Einrichtung.

Folgende Arbeitsmethodik im Zeitraum vom 1. Quartal 2016 bis 3. Quartal 2017 zur Anwendung:

1. Identifizierung des Handlungsbedarfes seitens APUPA
2. Beleuchtung des Themenfeldes in internationalem Fachgremium und mit Einberufung einer nationalen Arbeitsgruppe
3. Verfassung einer Diskussionsgrundlage durch externe fachkundige Pflegewissenschaftler
4. Diskussion der Eckpfeiler zum Datenmanagement und Konsensfindung in der Arbeitsgruppe zum Qualitätsindikator Dekubitus
5. Erstellung des Positionspapieres
6. Praktikabilitätstest durch eine bisher nicht involvierte fachkundige Gruppe
7. Freigabeprozess
8. Veröffentlichung

Größte Anerkennung gebührt den genannten Personen

- Fachliche Leitung: Zita Kis Dadara
- Organisatorische Agenden: Elfriede Binder
- Arbeitsgruppe:
 - o Beatrix Christandl, Pflegeheim Übelbach
 - o Lydia V. Gromer, Barmherzige Brüder Österreich
 - o Andreas Schmidt, Krankenhaus Oberwarth
 - o Karl Schwaiger, Landesklinik Hallein/Landesklinik Tamsweg, ÖGKV Vizepräsident

Die Erarbeitung der Empfehlung erfolgte ehrenamtlich.

Evaluierung Jänner 2018:

Die Ergänzung unter Punkt 1.1 definiert den korrekten Umgang mit der Diagnose Dekubitus, um die Datenqualität in der Routinedokumentation zu sichern.

Quelle:

1. Stewig Friederike et al. Pflege-Ergebnisqualität. Ergebnisbericht. Hg. Gesundheit Österreich GmbH, Wien, 2013.