

Mobilität messen – Dekubitusrisiko beurteilen

Einführung

In allen Einrichtung des Gesundheitswesens sind Menschen anzutreffen, die unter Einschränkungen der Aktivität und der Mobilität leiden. Als Folge benötigen viele von ihnen eine bestimmte Form der Hilfestellung bei der Fortbewegung (z. B. Gehhilfen, personelle Unterstützung etc.), sei es für einen Gang über den Flur, für den Transfer aus dem oder in das Bett oder bei Veränderungen der Körperlage im Liegen oder Sitzen. Gleichzeitig steigt entlang des Ausprägungsgrades dieser Einschränkungen für die so Betroffenen aber auch die Dekubitusgefährdung – Bewegungsmangel gilt als Kernursache zur Entstehung eines Dekubitus.¹ Insofern ist es nur folgerichtig, dass in

der aktuellen Fassung des DNQP-Expertenstandards „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ der pflegerischen Bewertung von Mobilität und Aktivität eine entsprechend hohe Bedeutung zugeschrieben wird.²

Wie aber lässt sich die Veränderung dieser beiden so wichtigen Parameter erfassen? Bei einer plötzlich auftretenden, vollständigen Immobilisierung mag sich die Aufforderung an die Pflegenden, dass die eingetretene Fähigkeitsstörung durch

pflegerisches Handeln auszugleichen ist, augenscheinlich und unmittelbar aufdrängen. Anders sieht es hingegen bei Bewegungseinschränkungen aus, die schleichend voranschreiten und bei denen die Funktionseinbußen nur mittels langwieriger, kontinuierlicher Beobachtung festgestellt werden kann. In diesen Fällen ist die Un-

versehrtheit des Patienten davon abhängig, dass die Pflegenden in der Lage sind dessen individuelles Gefährdungspotenzial hinsichtlich einer Dekubitusentstehung möglichst frühzeitig und korrekt festzustellen. Das Erkennen des Dekubitusrisikos ist aber nach wie vor eine anspruchsvolle und komplexe Aufgabe für die Pflege.

Risikoeinschätzung und Pflegeplanung

Für viele Bereiche der Medizin und Pflege stehen diverse Screening-, Assessment- und Messinstrumente zur Verfügung. Diese sollen die Basis für eine objektiveren Betrachtung schaffen und dazu dienen, die ergriffenen Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen. Im Bereich der Dekubitusprophylaxe kommen hierzu seit längerem zahlreiche unterschiedliche Risikoskalen (z. B. nach Norton, Braden, Waterlow) zur Anwendung. Tatsächlich sind diese aber nicht immer hilfreich und werden inzwischen von vielen Experten in Frage gestellt,³ da sie häufig nur einen ungefähren Eindruck der aktuellen Situation wiedergeben.

Für die Pflege ist das insofern von besonderer Bedeutung, da der im Rahmen einer Risikoeinschätzung ermittelte Mobilitätsgrad auch ein Hauptindikator für die Notwendigkeit, pflegerische Unterstützung zu planen, darstellt. Hinzu kommt, dass Veränderungen im Krankheitsbild, der Konstitution und die Gabe von Medikamenten – neben vielen weiteren Einflüssen – unmittelbar Auswirkungen auf die Mobilität des Patienten nehmen können. Treten solche Veränderungen ein, besteht unverzüglicher Bedarf, die Pflegeplanung an die veränderte Situation anzupassen.

Pflegende tragen deshalb – nicht nur an dieser Stelle – eine hohe Verantwortung, da man von

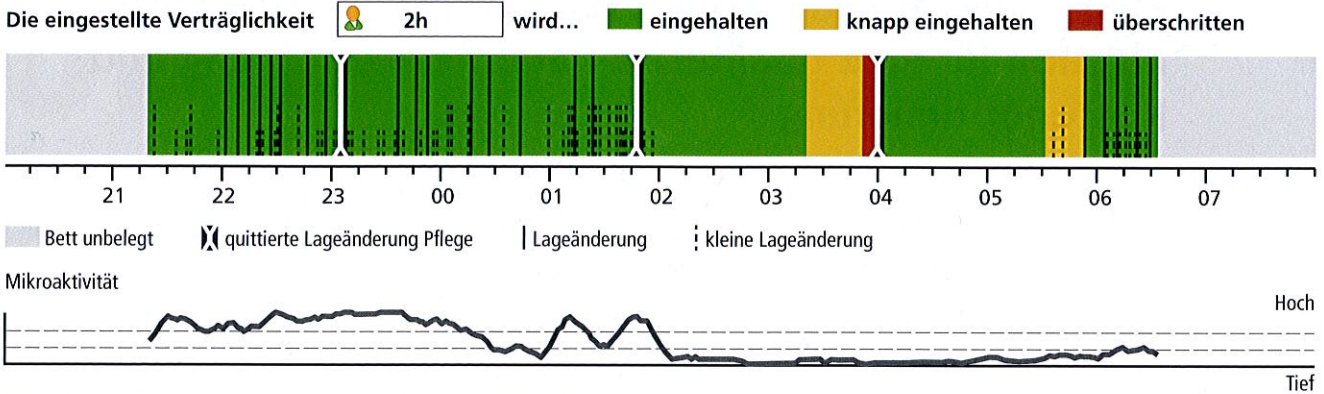


Der Mobility Monitor

1 Vgl. Schröder/Kottner (2012, S. 100).
2 Vgl. DNQP (2010, S. 22 ff.).

3 Vgl. DNQP (2010, S. 25 f. m.w.N.); Großkopf (2011, S. 120); Schröder/Kottner (2012, S. 71 ff.).

Mobilitätsanalyse



Beispiel einer über den Mobility Monitor erstellten Mobilitätsanalyse

ihnen erwartet, dass sie das aktuell bestehende Wissen um die Entstehung eines Dekubitus in ihre Risikobewertung einfließen lassen. In der Praxis zeigt sich aber, dass es selbst in Pflegeteams, die ständig zusammenarbeiten und über eine breite berufliche Erfahrung verfügen, zu unterschiedlichen Bewertungen des Dekubitusrisikos bei ein und demselben Patienten kommen kann.

Bewegungen messbar machen

Besonders schwierig wird es, wenn das Bewegungsprofil eines bettlägerigen Patienten beurteilt werden soll. Denn Eigenbewegungen, Liegezeiten und Positionsveränderungen lassen sich nur schwer erfassen. Eine Lösung verspricht eine neue technische Innovation: Mit dem Mobility Monitor steht ein Messinstrument für Pflegebetten zur Verfügung, das in der Lage ist kontaktlos feinste Körperbewegungen zu messen und zu qualifizieren. Dabei wird zwischen Mikroaktivität und Bewegungen, die zu einer Lageveränderung geführt haben, unterschieden. Bleiben Lageveränderungen innerhalb einer durch die Pflegenden zu bestimmenden Zeit aus, warnt das System durch ein rotes Ampelsignal am Bedienteil oder durch einen Lichtruf der Schellenanlage. Finden ausreichende Eigenbewegungen innerhalb dieser Zeitspanne statt, werden diese durch ein grünes Ampelsignal dargestellt. Durch die Pflegenden durchgeführte Patientenumlagerungen können über das System quittiert

werden und werden als solche dokumentiert. Alle erfassten Daten werden gespeichert und können zur gezielten Auswertung auf einen Computer übertragen werden. Die objektiv erfassten Daten sollen so die Grundlage zu einer nachvollziehbaren und belegbaren Risikoeinschätzung bieten. Veränderungen im Bewegungsprofil lassen sich durch die übersichtliche grafische Darstellung leichter interpretieren, wodurch eine zeitnahe Anpassung und Umsetzung der Pflegemaßnahmen ermöglicht wird. Für die Praxis bedeutet dies, dass sich die Pflegemaßnahmen an den tatsächlich notwendigen Bedarf anpassen lassen. Über- und Unterversorgungen können individuell eingeschätzt werden und sind einfacher zu korrigieren. Weiterhin besteht die Möglichkeit die Aufzeichnungen des Mobility Monitors ohne besonderen Mehraufwand der Pflegedokumentation hinzuzufügen. Damit wird eine Basis geschaffen, den pflegerischen Aufwand neutral zu betrachten und gegenüber Dritten beleg- und begründbar zu gestalten.

Literatur

- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege [Hrsg.] (2010): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung. Osnabrück
- Großkopf V (2011): „Haftungsrisiko ‚Dekubitus‘ – Vermeidung der Inanspruchnahme durch strategische Interventionen.“ In: RDG 8(3), S. 116-121
- Lahmann N, Kottner J, Großkopf V (2010): „Dekubitusprophylaxe: Die neuesten rechtlichen und tatsächlichen Erkenntnisse.“ In: RDG 7(1), S. 12-17
- Schröder G, Kottner J (2012): Dekubitus und Dekubitusprophylaxe. Bern: Hans Huber