# Vom Fließtext zum Flussdiagramm

**Beispielhafte Beschreibung der Arbeitsschritte innerhalb einer Verfahrensanweisung „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ in Form eines Textes**

Bei jedem Bewohner, bei dem eine Gefährdung nicht ausgeschlossen werden kann, ist das Dekubitusrisiko mittels **„Erhebungsbogen Dekubitusrisiko“**zu beurteilen. Dies muss unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrags (d. h. bei Einzug des Bewohners in unsere Einrichtung bzw. z. B. bei Rückkehr des Bewohners aus dem Krankenhaus) und danach in individuell festzulegenden Zeitabständen erfolgen. Das Dekubitusrisiko muss sofort eingeschätzt werden, wenn sich Veränderungen der Mobilität oder Aktivität ergeben haben oder eine Einwirkung externer Faktoren (Sonden, Katheter) erfolgt. Insofern ein Dekubitusrisiko nicht besteht, sind auch keine weiteren Maßnahmen erforderlich.

Besteht eine Dekubitusgefährdung des Bewohners, so ist sofort durch regelmäßige Bewegungsförderung für eine Druckentlastung zu sorgen. Hierzu wird zunächst ein individueller Bewegungsplan erstellt. Es wird von der Pflegefachkraft festgelegt in welcher Häufigkeit, welche Art der Bewegungsförderung erfolgen sollte. Hierzu muss die Pflegefachkraft den Bewohner/Angehörigen/ Betreuer informieren, aufklären und beraten, um eine gemeinsame erfolgreiche Zusammenarbeit zu gewährleisten. Ist bei dem Dekubitus gefährdeten Bewohner eine Druckentlastung durch regelmäßige Bewegungsförderung bzw. regelmäßige Positionswechsel, Lagerungswechsel nicht ausreichend durchführbar, so muss zusätzlich ein druckverteilendes Hilfsmittel (z. B. dynamische Matratze, viscoelastische Schaumstoffmatratze/-kissen) eingesetzt werden. Die **Checkliste** zur **„Kriterienerfassung Antidekubitusmatratze“** muss ausgefüllt werden und stellt eine Hilfe für das Sanitätshaus dar, um die passende Matratze auszuwählen.

Die Bewegungsförderung muss an die Individualität des Bewohners angepasst sein. Hierbei ist zu berücksichtigen, ob er Schmerzen hat und über welche Ressourcen bzw. Einschränkungen in der Beweglichkeit er verfügt.

Nach jedem Positionswechsel sind die Hautareale zu inspizieren, die zuvor belastet waren. Besteht eine Hautrötung, so ist umgehend ein Fingertest durchzuführen.

Wurde ein Dekubitus Grad I festgestellt, muss das betroffene Hautareal sofort druckentlastet werden, um die Hautrötung zum Abklingen zu bringen und eine Verschlechterung der Hautsituation zu vermeiden. Eine Behandlung der Hautrötung ist in der Regel nicht erforderlich, weil die Haut noch intakt ist. Verschiedene Maßnahmen müssen angepasst werden. Beispielsweise müssen die Lagerungsintervalle verkürzt werden, Bewegungsförderung und individuelle Hautpflege müssen angepasst werden.

Als Hauptmaßnahme der Überprüfung der Effektivität der durchgeführten dekubitusprophylaktischen Verrichtungen ist eine Hautinspektion durchzuführen. Dazu muss die gesamte Körperoberfläche des Bewohners angesehen werden, besonders aber die Areale über Knochenvorsprüngen und die Haut im Bereich von Sonden oder Kathetern. Das Ziel ist erreicht, wenn kein Dekubitus vorhanden ist.

Es ist in individuell festzulegenden Abständen zu prüfen, ob die geplanten Maßnahmen wie Bewegungsförderung bzw. Lagern, Hautkontrollen, Hautpflege regelmäßig durchgeführt wurden und die Dekubitusrisikofaktoren sind zu erheben. Bei Veränderung der Mobilität, Aktivität und/oder Versorgung mit Sonde oder Katheter müssen die Dekubitusrisikofaktoren unverzüglich erhoben werden und wenn sich das Dekubitusrisiko erhöht hat, sind alle Maßnahmen entsprechend anzupassen (Hilfsmittel ändern, Bewegungsplan anpassen, Schulung der Mitarbeiter etc.).

Zum Ergebnis und allen erforderlichen Änderungen sollten der Bewohner und seine Angehörigen/Betreuer informiert werden. Unsere Pflegefachkräfte haben in Schulungen die Kompetenz erworben, den Bewohner zur Hautbeobachtung und zu druckentlastenden Maßnahmen anzuleiten und zu druckverteilenden Hilfsmitteln zu informieren, sowie seine Eigenbewegung zu fördern.

**Beispielhafte Beschreibung der Arbeitsschritte innerhalb einer Verfahrensanweisung „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ in Form eines Flussdiagrammes**



In der Textbeschreibung sind alle Prozessschritte blau markiert. Alle Dokumente, die im Text erwähnt werden, sind fett gedruckt.