

Abstractband

ENI 2004

Nutzung einer rechnergestützten Basisdokumentation im Rahmen des Qualitätsmanagements bei Dekubitalgeschwüren

Jürgen Stausberg, Essen

Einleitung

In Akutkrankenhäusern muss bei Querschnittsuntersuchungen mit einer Prävalenz von Dekubitalgeschwüren von bis zu 10 % gerechnet werden [1]. Das Auftreten eines Dekubitus ist für die betroffenen Patienten eine subjektive Belastung, bindet finanzielle Ressourcen und wird als potentieller Behandlungsfehler zu einem rechtlichen Problem [2]. Die Prophylaxe des Dekubitus ist daher ebenso wie die Prophylaxe von Thrombose und Pneumonie ein wichtiges Anliegen des Pflegemanagements.

Umfangreichen Metaanalysen belegen, dass Informationstechnologie Behandlungsdefizite durch die Verhinderung unerwünschter Ereignisse, die Unterstützung einer raschen Reaktion auf unerwünschte Ereignisse und die Verfolgung und Rückkopplung über unerwünschte Ereignisse reduzieren kann [3]. In einem interdisziplinären Projekt zur Prävention und Behandlungsoptimierung des Dekubitus am Universitätsklinikum Essen wurden daher Informations- und Qualitätsmanagement eng verzahnt.

Im folgenden soll über die Konzeption, die Durchführung und die Erfahrungen eines Jahres berichtet und Hinweise für nachfolgende Projekte gegeben werden.

Durchführung

Seit April 2003 werden flächendeckend Informationen bei Aufnahme sowie beim Neuauftreten eines Dekubitus im Anwendungssystem zur Patientenverwaltung und Basisdokumentation, medico//s von Siemens, erfasst. Neben dem Dekubitusstatus werden bei Aufnahme allgemeine und spezifische Risikofaktoren erhoben, bei Auftreten eines neuen Dekubitus Angaben zu Prophylaxe und Therapie. Diese Erfassung findet parallel zur papierbasierten Dokumentation der Pflege statt. Monatlich erhalten die Klinikpflegedienstleitungen eine stationsbezogene Analyse der Häufigkeit, Lokalisation und Stadienverteilung von Dekubitalgeschwüren. Hiermit besteht sowohl die Möglichkeit eines internen Benchmarking als auch eines externen Vergleiches. Klinikübergreifend stehen die Angaben der Lenkungsgruppe zur Verfügung. Bei der Dokumentation eines Dekubitus

Grad 2 oder höher wird automatisch durch das Anwendungssystem unsere Wundsprechstunde informiert, die so aktiv auf die Station zugehen und Unterstützung bei der Festlegung einer optimalen Behandlung anbieten kann. Parallel befindet sich ein krankenhausinterner Pflegestandard zur Dekubitusprophylaxe in der Einführung.

Der Datenqualität kommt in unserem Projekt eine besonders hohe Bedeutung zu, da die Daten nicht nur aggregiert weiterverarbeitet werden sondern auch im einzelnen Fall den Behandlungsprozess beeinflussen können. Der Qualitätssicherung der Dokumentation wurde daher ein besonderes Gewicht gegeben. Vollständigkeit und Widerspruchsfreiheit werden halbautomatisch überprüft und über die Ebenen der Stationsleitungen und Klinikpflegedienstleitungen zurückgekoppelt. Zur Validierung wird durch spezialisierte Dekubitusteams parallel eine Stichprobe untersucht und dokumentiert. Über zufällig gezogene Stationen sollen täglich rund 40 Patienten in die Stichprobe eingeschlossen werden.

Ergebnisse

In einer Zwischenanalyse nach 6 Monaten zeigt sich in der rechnergestützten Basisdokumentation in knapp 1,4 % der Fälle ein Dekubitus. Hierbei hatten rund 70 % der Fälle mindestens einen Dekubitus mit Stadium 2. Die Patienten mit Dekubitus waren älter, hatten eine längere Verweildauer, einen höheren Case Mix Index und waren häufiger operiert worden.

Die Vollständigkeit der Dokumentation des Dekubitusstatus bei Aufnahme war mit 86 % zufrieden stellend. Die Untersuchungen durch die Dekubitusteams ergaben, dass etwa jeder zweite Dekubitus in der Vollerhebung dokumentiert war. Die Sensitivität lag bei 47 %.

Im Rahmen dieser Querschnittsstichprobe lag die Punktprävalenzrate bei rund 5,3 %. Die höhere Rate ist nicht nur durch die höhere Vollständigkeit sondern insbesondere auch durch die fehlende Repräsentativität des Querschnitts bedingt. So wiesen die von den Dekubitusteams untersuchten Patienten eine längere Verweildauer und ein höheres Kostengewicht auf und waren häufiger operiert worden als die Behandlungsfälle der Routineerhebung.

Diskussion

Die Verzahnung von Informations- und Qualitätsmanagement hat in Essen sowohl ein zeitnahes Berichtswesen zum Dekubitus für die Stationen als auch eine rasche Reaktion auf unerwünschte Ereignisse ermöglicht. Voraussetzung hierfür war eine kollegiale Zusammenarbeit aller Beteiligten,

Pflege, ärztlicher Dienst, Medizinische Informatik und IT-Management. Der aus Qualitätssicherungsprojekten bekannte Einbruch der Datenqualität nach anfänglich gutem Erfolg konnte bislang vermieden werden. Wesentlich für die Beurteilung der in der täglichen Praxis von den Pflegenden erfassten Daten war deren Validierung durch Dekubitusteams. Hierbei zeigte sich, dass Querschnittsuntersuchungen kein Ersatz für Routineerhebungen sind, da bei ihnen Behandlungsfälle mit längerer Liegedauer angereichert werden. Es bleibt ein erhöhter Aufwand zur Dokumentation, der bei zunehmend engeren Spielräumen sehr sorgfältig mit dem Nutzen abgewogen werden muss. Letzteren nachzuweisen ist auf Grund der Parallelität vieler Interventionen und Entwicklungen derzeit nicht möglich. Auf die Validierung über Dekubitusteams muss daher zukünftig verzichtet werden. Für die Routedokumentation steht die Zusammenführung mit der externen Qualitätssicherung an. Ebenso wie andere sind wir jedoch davon überzeugt, dass Kenntnis und Bewusstsein des eigenen Handelns einen wichtigen Baustein zur Erzielung einer hohen Pflegequalität darstellen.

Literatur

- [1] Mertens E, Dassen T. Dekubitusprävalenz in Deutschland: Verbesserung durch Vergleich. Pflegezeitschrift 2003; 56: 109-12.
- [2] Moss RJ, La Puma J. Pressure sores: more than meets the eye. The Journal of Clinical Ethics 1990; 1: 304-5.
- [3] Bates DW, Gawande AA. Improving Safety with Information Technology. N Engl J Med 2003; 348: 2526-34.