

Wunddokumentation im Pflegeheim der Stadt Dornbirn



Weiterbildung Wundmanager 2012

Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe

Innrain 98

6020 Innsbruck

Projektarbeit

Wunddokumentation im Pflegeheim der Stadt Dornbirn

Roque Cadungon

Mehrerauerstrasse 72 c

6900 Bregenz

E-Mail: ricky_cadungon@yahoo.com

Bregenz, Oktober 2012

1. Vorwort

Seit ich nach Österreich gekommen bin, arbeite ich in der extramuralen Pflege. Ich begann als Pflegehelfer, bis meine Nostrifizierung als Diplomkrankenschwester anerkannt wurde.

Seit 4 Jahren bin ich Angestellter im Pflegeheim der Stadt Dornbirn als Diplomfachkraft. Häufig werde ich mit Wunden unterschiedlicher Entstehungsursachen konfrontiert. Für ein Team ist es aufgrund von Fehlinterpretationen, fehlerhafter Kommunikation und dem Missverstehen in der Auffassung oft schwierig diese Wunden genau zu beschreiben, ohne dass dabei Fehlerquellen entstehen. Es ist wichtig für das Team „dass die gleiche Sprache gesprochen wird“. Die genaue und lückenlose Wunddokumentation ist der Schlüssel für eine erfolgreiche Therapie.

Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort	3
2. Einleitung	5
3. Wunddokumentation	6
3.2. Ziele der Wunddokumentation.....	7
4. Wundanalyse/ Wundanamnese	8
5. Kriterien der Wunddokumentation und Klassifizierung	8
5.1. Wundstatus	8
5.1.1 Wundlokalisierung.....	8
5.1.2 Wundgröße.....	9
5.1.3 Wundumgebung.....	9
5.1.4. Wundränder.....	10
5.1.5. Wundgrund	11
5.1.6 Wundexsudat.....	11
5.1.7 Wundinfektion.....	11
5.1.8 Wundschmerz.....	12
5.1.9 Wundfotografie.....	13
5.2. Wundtherapie.....	14
5.3. Wundheilungsbeeinflussende Faktoren.....	14
6. Fallbeispiel.....	15
7. Zusammenfassung	20
8. Schlussfolgerung	20
9. Anhang	21
10. Schlussblatt	23
11. Literaturverzeichnis	24

2. Einleitung

*„Was dokumentiert wurde, gilt als gemacht. Was nicht dokumentiert ist, gilt als nicht gemacht!“**

Eine ausführliche und gewissenhafte Wunddokumentation ermöglicht Situationen und Verlauf der Wundheilung fortlaufend und zeitnah erfassen zu können. Dies dient einer angepassten, auf die jeweiligen Phasen der Wundversorgung abgestimmten Bedarfsermittlung. Nicht nur aus rechtlicher Sicht ist eine zeitnahe und regelmäßige Wunddokumentation nötig und wichtig. Sie macht zudem die Wundbehandlung nachvollziehbar, überschaubar und erleichtert die Weitergabe von wundrelevanten Informationen.

*(Zitat: Dr. Thomas Eberlein; Wunddokumentation – neue Dimensionen; Internet-Quelle August 2005)

(Moderne Wundversorgung, 4. Auflage, Kerstin Protz, 2007, Seite 118 und Chronische Wunden – Beurteilung und Behandlung, 1. Auflage, Susanne Danzer, 2006, Seite 111)

In all meinen Berufsjahren habe ich die Erfahrung gemacht, wie wichtig eine korrekte Wunddokumentation ist. Gerade wenn zwischen zwei Teams ein Schichtwechsel erfolgt (Mitglieder eines Teams haben untereinander häufig ein gutes Verständnis: *was und wie* es gemeint ist. Problematischer Weise aber auch oft eine **eigene Sprache**.) kann dies dazu führen, dass das, was die Einen meinen, von den anderen missverstanden oder falsch aufgefasst wird.

Darum ist es enorm wichtig, gemeinsam an einer einheitlichen und für alle verständlichen Wunddokumentation zu arbeiten und diese auch immer wieder zu trainieren.

3. Wunddokumentation

Die Wunddokumentation ist die vierte Säule einer phasengerechten und effizienten Wundtherapie. Nur mit Hilfe einer präzisen und kontinuierlich durchgeführten Dokumentation kann der Verlauf der Wundheilung nachvollziehbar gemacht werden. Dies gibt den Wundtherapeuten die Möglichkeit, den Effekt der gewählten Wundtherapeutika besser zu beurteilen und die Therapie ggf. den aktuellen Wundgegebenheiten entsprechend neu anzupassen. Eine lückenlose Dokumentation ist also Hilfe und nicht Last für Ärzte und Pflegepersonal. Nur so ist gewährleistet, dass jedes Team sich stets über die aktuelle und bisherige Therapie und den Wundstatus informieren kann. Überflüssige Verbandwechsel und kostenspieliges *Herumprobieren* werden dadurch vermieden.

Nicht zu vergessen sind auch die rechtlichen und ökonomischen Aspekte. Maßnahmen, die nicht dokumentiert sind, gelten als nicht durchgeführt - sie können nicht abgerechnet werden und auch im Falle eines Rechtsstreites nicht nachgewiesen werden.

Durch eine nachvollziehbare Dokumentation sichert sich das therapeutische Team nicht nur ab, sie ermöglicht auch das therapeutische Vorgehen für den Patienten transparent zu machen.

Die Wunddokumentation sollte:

- auf einem dem Dokumentationssystem (Kardex, Stocker, Optiplan usw.) beigefügten Wunddokumentationsbogen schriftlich fixiert werden
- bei jedem Verbandwechsel erfolgen
- von Therapiebeginn bis Therapieende durchgeführt werden
- einfach und übersichtlich sein
- zeitsparend auszufüllen sein

(Pflegepraxis Wundtherapie-Wunden professionell beurteilen und erfolgreich behandeln, Gregor Voggenreiter und Chiara Dold, 2., überarbeitete Auflage, 2008, Seite 59)

3.1 Ziele der Wunddokumentation

- In erster Linie dient die Wunddokumentation der Qualitätssicherung in der Versorgung. Durch schriftliche Dokumentation des Heilungsverlaufs, sprich durch die formale Wundbeschreibung und Erfassung des Therapieregimes, können Behandelnde und Pflegende beurteilen, ob eine Besserung der Wunde eintritt und ob damit der gewählte Behandlungsansatz erfolgreich ist. Anhand der Dokumentation ist es also möglich, den Therapieerfolg zu evaluieren und den Erfahrungshorizont zu erweitern.
- Eine exakte Dokumentation bildet das Aufwand-Kosten-Nutzen-Verhältnis der Wundbehandlung ab. Die ärztliche Entscheidung wird somit medizinisch und ökonomisch nachvollziehbar. Dadurch werden wesentliche Merkmale der komplexen Ergebnisorientierung erfüllt.
(Outcome-Management).
- Die Dokumentation gilt zudem der rechtlichen Absicherung. Im Streitfall kann der Behandelnde beweisen, dass er seine Sorgfaltspflicht erfüllt und den Patienten korrekt behandelt hat. Ohne Dokumentation besteht ein hohes Risiko im Falle zivil- oder strafrechtlicher Auseinandersetzungen (Schmerzensgeld oder Schadensersatz). Hier greift die Beweislastumkehr, d.h. der Beklagte muss sein Handeln nachweisen, was ihm ohne schriftliche Dokumentation unmöglich ist.

Aktueller rechtlicher Rahmen Wunddokumentation

- Der Gesetzgeber fordert für alle medizinisch erbrachten Leistungen eine transparente und lückenlose Dokumentation – das gilt selbstverständlich auch für die Wundversorgung. Was im Konkreten darunter zu verstehen ist, wird jedoch nicht weiter spezifiziert.
- Seit dem 1. Januar 2002 wurde die Aufbewahrungspflicht für medizinische Unterlagen auf 30 Jahre erhöht.
- Gemäß EBM 2000plus müssen Wunden während des Behandlungszeitraumes alle 4 Wochen fotografisch dokumentiert werden.

(<http://www.wundheilung.net/News/2006/Mundi-Wunddoku.pdf>)

4.0 Wundanalyse/ Wundanamnese

Eine gezielte und umfassende Wundanalyse ist der Beginn jeder effizienten Wundbehandlung. Die besten Wundtherapeutika sind wirkungslos, wenn sie nicht indikationsgerecht eingesetzt werden. Zudem ist es unerlässlich nach den wundverursachenden Faktoren zu suchen und diese im Rahmen der Therapie zu beseitigen.

- gezielte Anamneseerhebung
- genaues Betrachten und Vermessen der Wunde

(Pflegepraxis Wundtherapie-Wunden professionell beurteilen und erfolgreich behandeln, Gregor Voggenreiter und Chiara Dold, 2., überarbeitete Auflage, 2008, Seite 56)

Durch Wundanamnese ergeben sich Informationen über Grundkrankheit, Ursache und Entwicklung der Wunde, und aus deren Beurteilung können Rückschlüsse auf die aktuelle Wundsituation und die lokalen Faktoren, die zu einer Heilungsstörung führen, gezogen werden.

(Skriptum Wundbeurteilung, Marianne Hinter, 2012)

5.0 Kriterien der Wunddokumentation

Folgende Kriterien sollten in der Wunddokumentation zu finden sein:

1. Wundstatus
2. Wundtherapie
3. Wundheilungsbeeinflussende Faktoren

(Pflegepraxis Wundtherapie-Wunden professionell beurteilen und erfolgreich behandeln, Gregor Voggenreiter und Chiara Dold, 2., überarbeitete Auflage, 2008, Seite 61)

5.1 Wundstatus und Klassifizierung

Zur Dokumentation des Wundstatus werden folgende Faktoren berücksichtigt:

- **5.1.1 Lokalisation:** Die Lokalisation einer Wunde kann einen Hinweis auf die Wundklassifikation geben, da viele Ulcera entsprechend ihrer Ursache an be-

stimmten Stellen bevorzugt auftreten. Ideal ist die schematische Darstellung des menschlichen Körpers, in welche die genaue Lokalisation eingezeichnet werden kann. Bei mehreren Wunden sind diese zu nummerieren, um eine eindeutige Zuordnung zu ermöglichen.

(Wundversorgung und Verbandwechsel, Ingo Blank, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage, 2007, Seite 174 und Wundmanagement und Wunddokumentation, Stephan Daumann, 3., überarbeitete Auflage, 2009, Seite 87)

- **5.1.2 Wundgröße:** Die Wunde wird in allen drei Ebenen vermessen (Breite x Höhe x Tiefe)
 - **Länge:** Es wird an der längsten Stelle von Kopf bis Fuß gemessen.
 - **Breite:** Es wird an der breitesten Stellen von rechts nach links gemessen.
 - **Tiefe:** Die Messung wird senkrecht zum Wundgrund an der tiefsten Stelle durchgeführt. Diese wird mit sterilem Watteträger, Knopfkanüle, usw. erhoben.
 - Alle Erfassungen werden in Zentimeter dokumentiert. Bei Taschenbildung ist die räumliche Beschreibung von Bedeutung .Diese orientiert sich üblicherweise an einem Zifferblatt der Uhr.



- Das Auslitern bestimmt das Volumen der Wunde in Milliliter. Hierbei wird die Wunde mit einer sterilen Transparentfolie abgedeckt. Mit einer Spritze und Kanüle kann dann Ringer oder physiologische Kochsalzlösung in die Wunde eingefüllt werden. An der Skala der Spritze lässt sich ablesen, welches Volumen in *ml* die Wunde hat.

(Wundversorgung und Verbandwechsel, Ingo Blank, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage, 2007, Seite 174 , Skriptum Wundbeurteilung, Marianne Hintner, 2012 und Moderne Wundversorgung, 4. Auflage, Kerstin Protz, 2007, Seite 120)

- **5.1.3 Wundumgebung:** Mit Wundumgebung ist das Hautareal gemeint, das unmittelbar an die Wundränder (ab dem vierten Millimeter) grenzt, und somit

die Wunde umschließt. Dieser Hautbereich ist meist sehr sensibel, da er teilweise aus frischem Epithelgewebe oder Narbengewebe besteht. Durch die Fixierung von Verbänden kann zudem die umgebende Haut belastet werden.

Beurteilungskriterien für die Wundumgebung

- Geschmeidigkeit der Haut
- Hautzustand
 - unauffällig
 - trocken
 - rissig
 - schuppig
 - feucht
- Hautirritationen
- Allergische Reaktionen
- Infektionszeichen
- Verletzungen
- Schuppenbildung, Verhornung
- Durchblutungsverhältnisse

(vgl. Wundmanagement und Wunddokumentation, Stephan Daumann, 3., überarbeitete Auflage, 2009, Seite 97)

- **5.1.4 Wundränder:** Die Wundränder grenzen (i.d.R. ist dieser vier Millimeter breit) die Wunde zur Wundumgebung ab. Wundränder müssen ebenfalls genau beobachtet werden, da der Zustand der Wundränder Aufschluss über die Wundheilung gibt.

Beurteilungskriterien für die Wundränder

- glatte und unauffällige Wundränder
- unregelmäßige bis zerklüftete Wundränder
- Infektionszeichen
- Nekrosenbildung
- ödematöse Veränderungen
- Mazeration
- Kontraktion
- Minderdurchblutung
- Höhlen oder Taschenbildung
- Unterminierung

(vgl. Wundmanagement und Wunddokumentation, Stephan Daumann, 3., überarbeitete Auflage, 2009, Seite 96)

- **5.1.5 Wundgrund:** Mit Wundgrund wird die Wundoberfläche ohne den Wundrand bezeichnet - hier finden Wundheilungsvorgänge, aber auch heilungsverzögernde Prozesse statt.

(vgl. Wundmanagement und Wunddokumentation, Stephan Daumann, 3., überarbeitete Auflage, 2009, Seite 92)

Beurteilungskriterien bei der Beobachtung des Wundgrundes:

- Schwarz-braun: nekrotisch belegte, trockene Nekrosen
- gelb-braun: schmierig nekrotisch belegt, feuchte zerfallende Nekrosen
- gelblich: fibrinöse Belege oder Eiter
- livide, blassrosa: ungesundes Granulationsgewebe
- tief Rosa, pink: gesundes Granulationsgewebe
- dunkel bis hell Rosa: Epithelisierungsgewebe
- Nekrosen: trocken, ledrig, feucht, schorfig, teigig, breiig, zerfallend

(<http://www.pflegewiki.de/wiki/Wundbeobachtung>; Zugriff: Juli 2012)

- **5.1.6 Wundexsudat:** Die Menge des Exsudats gibt Aufschluss über die Aktivität einer Wunde. Das Aussehen, die Konsistenz, der Geruch und die Zusammensetzung des Wundsekrets lassen Rückschlüsse auf den Zustand der Wunde zu. Durch die Untersuchung des Wundexsudats wird die Beurteilung der Wunde ergänzt.

(Wundmanagement und Wunddokumentation, Stephan Daumann, 3., überarbeitete Auflage, 2009, Seite 98)

Beurteilungskriterien für das Wundexsudat

- serös – wässrig, klar, hell, gelblich
- serös-blutig – wässrig, hell, rot bis rosa
- eitrig – undurchsichtig, gelblich bis grün
- Menge – kein, kaum, gering, moderat
- Geruch – Ja oder Nein

(<http://www.wundkompendium.de/cms/wundexsudat.html>; Zugriff: Juli 2012)

- **5.1.7 Wundinfektion:** Die folgenschwerste Störung der Wundheilung ist die Wundinfektion – Verursacher sind verschiedenste Mikroorganismen, die in die Wunde eindringen, sich dort vermehren und dabei schädigende Giftstoffe erzeugen.

Beschriebenen Anzeichen der Wundinfektion wie:

- Rubor (Rötung),
- Tumor (Schwellung),
- Calor (Wärme),
- Dolor (Schmerz) und
- Functio laesa (Funktionseinschränkung)

(<http://at.hartmann.info/wundinfektion.php>; Zugriff: Juli 2012)

➤ **5.1.8 Wundschmerz:** „Schmerz ist das, was der Patient beschreibt und existiert, wann immer er es sagt“ *(McCafferey,1997)

Physiologisch betrachtet entsteht Wundschmerz durch eine Schädigung des Gewebes (nozizeptiver Schmerz) oder durch eine Funktionsstörung des Nervensystems (neuropathischer Schmerz). Schmerz aufgrund chronischer Wunden kann sowohl nozizeptive als auch neuropathische Elemente aufweisen. Es gibt viele Auslöser für Wundschmerz. Patienten bezeichnen Gewebeschädigungen durch Verletzungen, vor allem während des Verbandwechsels, als das Schlimmste einer Wunde.

Wundschmerz hat viele oft miteinander verbundene Ursachen, die zusammenhängen können mit:

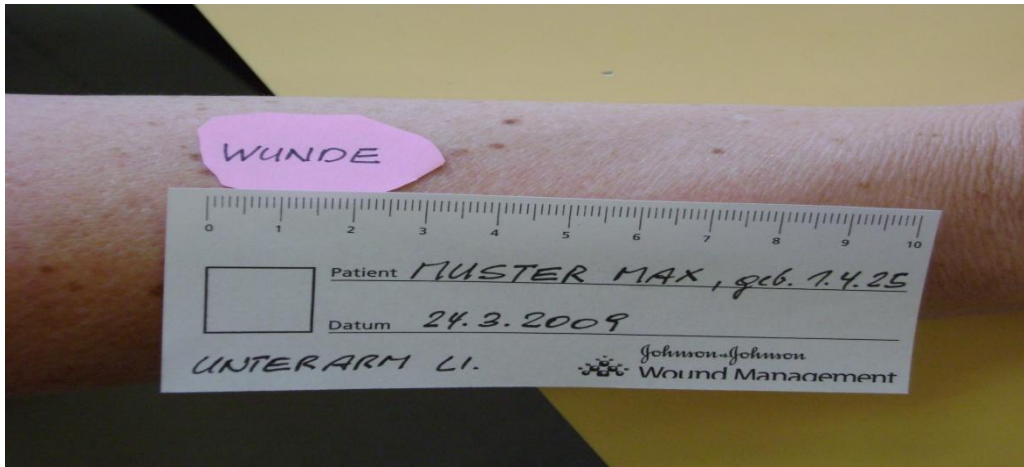
- der eigentlichen Wunde, z. B. der Erstverletzung, der Entzündungsreaktion oder einer Infektion
- Eingriffen, z. B. topische Behandlungen (einschließlich Wundaufgaben), Verbandwechsel, Wundreinigung, Debridement oder Kompressionstherapie
- anderen lokalen Erkrankungen, z. B. Ödem,
- allergische Reaktionen, Ischämie oder Arthritis.

Dokumentation des Wundschmerzes:

- Schmerzlokalisierung
- Schmerztyp: stechend, pochend, dumpf, brennen, ziehend
- Schmerzintensität kann unter Zuhilfenahme einer Schmerzskala aufgezeichnet werden.

(http://www.woundsinternational.com/pdf/content_9588.pdf; Zugriff: Juli 2012 und Skriptum Wundbeurteilung, Marianne Hintner, 2012)

➤ 5.1.9 Wundfotografie:



(Photo: Pflegeheim Dornbirn. Fotodokumentation: Muster)

Um den Zustand von Wunde und deren Heilungsverlauf gut zu dokumentieren, eignen sich Photographien besonders gut. Die Fotodokumentation ist kein Ersatz für die schriftliche Dokumentation, sondern sollte lediglich als Unterstützung dienen. Digitalbilder sind juristisch relevant, wenn bestimmte Informationen (Erstellungsdatum, Lineal zur Größeneinschätzung sowie Name oder Kürzel und Geburtsdatum des Patienten) auf dem Bild ersichtlich sind.

Die Einwilligung des Patienten/ Betreuers sollte unbedingt eingeholt werden und schriftlich dokumentieren werden.

Tipps: - Foto immer nach Reinigung der Wunde

- immer ein Lineal an die Wunde um vergleichbar zu sein
- Beschriftung mit: Namen, Datum, Körperteil- und seite
- immer aus gleicher Entfernung und gleichem Winkel fotografieren
 - *parallel zur Wunde
- möglichst den Patienten immer gleich Lagern/ gleichen Bildausschnitt wählen
- einfarbiger, ruhiger Hintergrund (Handtuch, Laken, grünes OP-Tuch)
 - *der Hintergrund sollte allerdings nicht hell oder weiß sein, um Über- oder Unterbelichtung zu vermeiden
- Nahaufnahme – sonst wird das Bild unscharf (Makro) = Wunde formatfüllend ab bilden
- Motiv in Bildmitte; keinen Zoom verwenden
- auf gleichwertige Lichtverhältnisse achten (Lichtressourcen nutzen): kein

Gegenlicht

- grundsätzlich mit Blitz fotografieren – sonst verwackelt oder unscharf
- Achtung Schatten!!! Kann auf Foto aussehen wie Nekrose
- Nicht das Gesicht des Patienten oder andere, sich im Raum befindende Personen fotografieren
- das Schamgefühl des Patienten sollte gewahrt bleiben! Entsprechende Stellen sollten abgedeckt werden

(vgl. Skriptum Wunddokumentation, Marianne Hinter, 2012)

Wundklassifizierung: Die Klassifikation der Wunde - z.B. Dekubitus, Ulcus cruris venosum, diabetisches Gangrän usw. – kann vom qualifizierten Pflegepersonal sowie vom behandelnden Arzt durchgeführt werden.

Die Wunden haben je nach Klassifikation unterschiedliche Entstehungsursachen. Die Ursache für die Entstehung von Wunden beeinflusst die Wundversorgung und Therapie.

(vgl. Wundmanagement und Wunddokumentation, Stephan Daumann, 3., überarbeitete Auflage, 2009, Seite 86)

5.2 Wundtherapie

Therapeutische Maßnahmen müssen kontinuierlich dokumentiert werden und sollten Informationen beinhalten, wie:

- Art der Wundreinigung und Wundspüllösungen (z.B. Spülung mit Ringerlösung usw.)
- Durchführung eines chirurgischen Debridements oder sonstiger Eingriffe
- angewendete Wundtherapeutika und Deckverbände: z.B. VW mit Kalziumalginatamponade, mit Hydrokolloid abgedeckt

5.3 Wundheilungsbeeinflussende Faktoren

Neben den lokalen Faktoren müssen auch die systemischen Einflüsse auf die Wundheilung dokumentiert werden.

Dazu gehören:

- Ernährungszustand

- Anämie
- Durchblutungsstörungen (venös/ arteriell)
- Diabetes mellitus
- Immunsuppression
- hohes Lebensalter
- reduzierter Allgemeinzustand durch schwere Erkrankungen (z.B. Tumorleiden)
- systemische Infektionen
- Medikamente (z.B. Kortison, Zytostatika)
- Mobilität/ Immobilität des Patienten

Die entsprechenden Maßnahmen, wie z.B. Kompressionstherapie bei venösem Ulcus cruris, eiweißreiche Kost, Blutzuckereinstellung, Lagerung usw. sind wichtige Bestandteile der Wundtherapie und werden direkt auf dem Wunddokumentationsbogen schriftlich fixiert.

(Pflegepraxis Wundtherapie-Wunden professionell beurteilen und erfolgreich behandeln, Gregor Voggenreiter und Chiara Dold, 2., überarbeitete Auflage, 2008, Seite 61.)

6. Fallbeispiel :

Grund der Aufnahme:

Herr X wurde seit 6 Jahren von der Ehefrau betreut. Der Betreuungsaufwand ist auf Grund seiner schweren Erkrankung massiv angestiegen. Herr X leidet unter Parkinson und Demenz und ist zudem nachtaktiv. Eine permanente Beaufsichtigung wurde erforderlich. Trotz 24 Stunden Personenfachbetreuung und dem Einsatz von Ehefrau X ist die häusliche Betreuung an ihre Grenzen gestoßen und war nicht mehr durchführbar. Herr X benötigt bei allen ATL's Hilfestellung, oder sie mussten ganz übernommen werden.

Der 75-jährige Mann war zur Übergangspflege im Pflegeheim der Stadt Dornbirn. Er hatte einen Stehimpuls und konnte unter Beaufsichtigung selbständig essen. Die Frau informierte uns vor der Aufnahme, dass der Bewohner nicht alleine gelassen werden darf, da er sonst aufstehen würde. Bewohner bekam außer Laxantien am

Morgen und Scopolamin Pflaster keine weiteren Therapien, da er nach Auskunft der Gattin andere Medikamente nicht vertragen würde. Vor einem Jahr kam er zu Sturz und zog sich eine Oberschenkelfraktur zu, die operativ versorgt werden musste, im Juli 2012 wurde Herr X als Dauerbewohner im Pflegeheim der Stadt Dornbirn aufgenommen, da die Frau kräftemäßig überfordert war.

Bei der erneuten Aufnahme bot sich folgendes Bild:

- Bewohner konnte nicht mehr selbständig essen
- hatte keinen Stehimpuls mehr, und verbrachte den Tag größtenteils im Rollstuhl
- überkreuzte die Beine im Bett
- war insgesamt sehr steif
- durch die Versteifung hatte er Schmerzen, wenn er versuchte die Beine nebeneinander zu legen.
- konnte sich im Bett nicht selbstständig in eine andere Lage positionieren
- dem Ernährungszustand nach, war er leicht übergewichtig (BMI 26.4)
- der Hautzustand zeigte ekzemartige Veränderungen im Gesicht und trockene, gerötete Kopfhaut.
- zusätzlich hatte er an beiden Unterschenkeln Wunden, hervorgerufen laut Ehefrau durch das Reiben der beiden Unterschenkel aneinander.

Wundstatus :

Die Wunde präsentierte sich folgendermaßen:

Wundlokalisierung: Wunde 1 - linkes Schienbein

Wunde 2 - rechtes Schienbein

Wundgröße: Wunde 1:

Breite - 1/2 cm

Länge -1 cm

Tiefe - oberflächlich

Wunde 2a:

Breite -1/2 cm

Länge -1,5 cm

Tiefe - oberflächlich

Wunde 2b:

Breite - 1/2 cm

Länge - 3 cm

Tiefe - oberflächlich

Wundumgebung: intakt, gerötet und leichte Schwellung

Wundrand: gerötet

Wundgrund: mit Fibrin belegt

Wundexsudat: kaum, serös, kein Geruch

Wundinfektion: Rötung und Schwellung

Wundschmerzen: keine Schmerzen

Wundtherapie:

- Wunde mit NaCl 0.09% gereinigt und mit Betaisadona Wundgel und Cosmo-pore verbunden.
- Wundumgebung und Wundrand mit Zinkcreme dünn eingecremt.
- täglich Verbandwechsel und dann nach Abklingen der Entzündung alle 3 Tage
- nach Epithelisation mit Dexpanthenol Salbe gepflegt.

Wundheilungsbeeinflussende Faktoren:

- Beine werden im Bett gelagert und nebeneinander im Sitzen positioniert
- regelmäßige Mobilisation
- Kontrakturprophylaxe: passive Bewegungsübungen und Lockerung der Muskulatur durch Motomed fahren
- ausreichende Flüssigkeitszufuhr

Wundfotografie





(*alle Fotos mit Einverständniserklärung der gesetzlichen Fürsorgeperson. Name und Geburtsdatum des Patienten wurden unkenntlich gemacht.)

7. Zusammenfassung

Wunddokumentation ist ein sehr wichtiger Bestandteil unserer Pflege allgemein. Eine richtige und lückenlose Dokumentation dient als Absicherung für das ganze Team. Einen Standard zu schaffen, der für jeden Mitarbeiter gleichviel zählt, um eine optimale Wundversorgung zu gewährleisten, spielt eine gewichtige Rolle in der modernen Wundversorgung. Den Prozess der Wunddokumentation zu erlernen, geschieht nicht über Nacht, und regelmäßiges Training ist eine Voraussetzung für die perfekte Handhabung und Umsetzung.

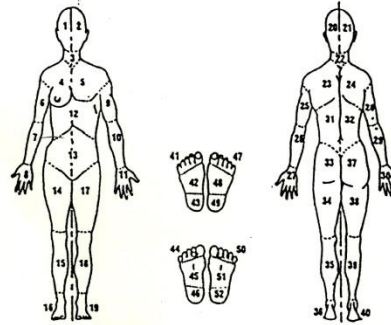
8. Schlussfolgerung

In Rahmen meiner Arbeit dient die Wunddokumentation als Orientierungshilfe für alle Mitarbeiter. Gerade in diesem Bereich ist es meiner Ansicht nach nötig einen Standard zu schaffen, der einheitlich und übergreifend, nicht nur von Mitarbeiter zu Mitarbeiter und Team zu Team, sondern auch über regionale Grenzen hinaus, für alle gilt, um so, im Interesse des Patienten und seinen Angehörigen, eine optimale Pflege zu garantieren.

9.Anhang

WU
MANAGEMENT
nd
STADT DORNBIERN
GESUNDHEITSBETRIEBE
A. o Krankenhaus

PATIENTENETIKETT



Wundart: Ulcus cruris Dekubitus
 Diabetische Wunde Akute Wunde
 Genaue Diagnose: AVK CVI Andere:

Wundstadien nach Daniel:
 Grad 1: Sichtbare Rötung
 Grad 2: Rötung und Blasenbildung
 Grad 3: Substanzdefekt bis zum Fettgewebe
 Grad 4: Substanzdefekt bis zur Muskulatur
 Grad 5: Substanzdefekt mit Knochenbeteiligung

Wundlokalisierung:

Datum									
HZ									
Wundstadium									
<input type="checkbox"/> nekrotisch									
<input type="checkbox"/> Fibrinbelag									
<input type="checkbox"/> granulierend									
<input type="checkbox"/> epithelisierend									
Wundstadien									
<input type="checkbox"/> Grad									
Wundgröße									
<input type="checkbox"/> in cm									
Wundsekretion									
<input type="checkbox"/> naß									
<input type="checkbox"/> feucht									
<input type="checkbox"/> trocken									
Wundexsudat									
<input type="checkbox"/> serös									
<input type="checkbox"/> blutig									
<input type="checkbox"/> eitrig									
Wundinfektion									
<input type="checkbox"/> nicht vorhanden									
<input type="checkbox"/> vorhanden									
<input type="checkbox"/> Kultur angelegt									
Wundgeruch									
<input type="checkbox"/> normal									
<input type="checkbox"/> riecht									
<input type="checkbox"/> stinkt									
Wundumgebung									
<input type="checkbox"/> intakt									
<input type="checkbox"/> gerötet									
<input type="checkbox"/> mazeriert									
<input type="checkbox"/> ödematös									
Wundreinigung									
<input type="checkbox"/> Naßphase									
<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/> Trockenphase									
<input type="checkbox"/>									

10.Schlussblatt

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre, dass die vorliegende Arbeit von mir selbst verfasst wurde, und ich ausschließlich die von mir angegebenen Werke und Hilfsmittel verwendet habe.

Innsbruck, am

Verwendung der Projektarbeit

Ich bin damit einverstanden, dass meine Projektarbeit weiteren Personen zur Verfügung gestellt werden darf.

Innsbruck, am.....

Literaturverzeichnis

Bücher :

Gregor Voggenreiter & Chiara Dold, 2009, Wundtherapie - Wunden professionell beurteilen und erfolgreich behandeln, 2., überarbeitete Auflage, Stuttgart, Georg Thieme Verlag.

Ingo Blank, 2007, Wundversorgung und Verbandwechsel, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer.

Stephan Dauman, 2009, Wundmanagement und Wunddokumentation 3., überarbeitete Auflage, Verlag W Kohlhammer.

Kerstin Protz, 2007, Moderne Wundversorgung, 4. Auflage, München, Urban und Fischer Verlag.

Susanne Danzer, 2006, Chronische Wunden - Beurteilung und Behandlung, 1. Auflage, Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer.

Skriptum:

Marianne Hintner , 08.02.2012, Skriptum, Wundbeurteilung, Innsbruck, Tirol

Marianne Hintner , 08.02.2012, Skriptum, Wunddokumentation, Innsbruck, Tirol

Zitate:

Seite 5 - Dr. Thomas Eberlein; Wunddokumentation – neue Dimensionen; Internet-Quelle, August, 2005

Internetseiten:

http://www.woundsinternational.com/pdf/content_9588.pdf

<http://at.hartmann.info/wundinfektion.php>

[http://www.pflegewiki.de/wiki/Wundbeobachtung\)](http://www.pflegewiki.de/wiki/Wundbeobachtung)

<http://www.wundheilung.net/News/2006/Mundi-Wunddoku.pdf>