

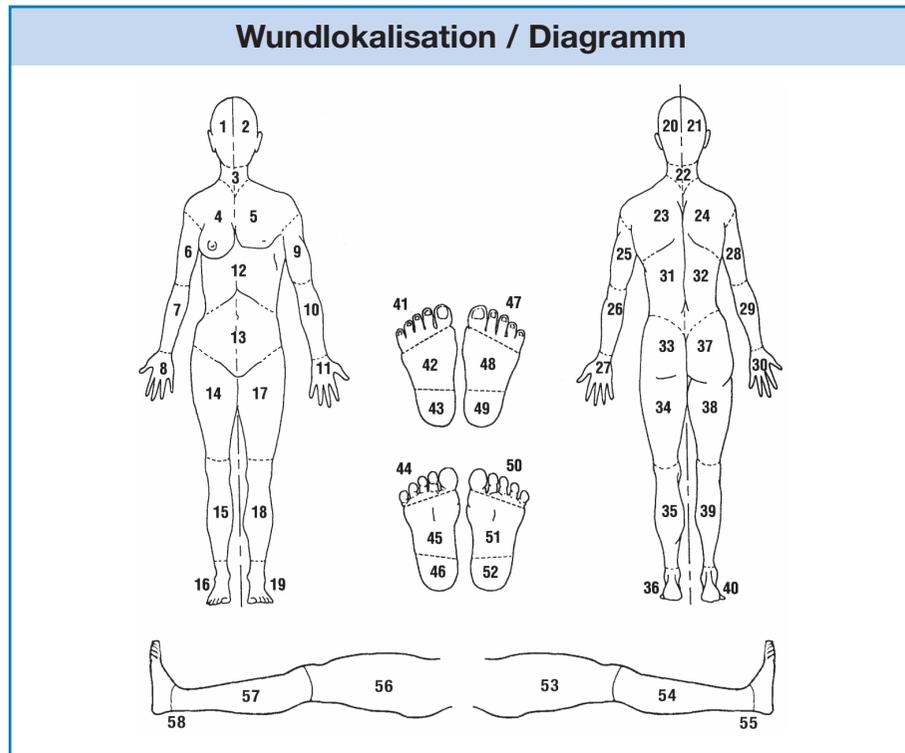
Lokalisation der Wunde

Wundlokalisationsdiagramm

Das **Wundlokalisationsdiagramm** dient der optischen Dokumentation. Zugleich wird eine bessere Einschätzung der Effizienz einzusetzender Wundversorgungen möglich, etwa bei Wundlokalisierung in exponierter Lage. Benutzen Sie das Diagramm zur genauen Beschreibung der Wundlokalisierung. **Bitte ankreuzen!**

Fotodokumentation

Im Feld **Fotodokumentation** ist Platz für Bilder. Hier sollte nachvollziehbar sein, welche Person die Fotos gemacht hat und ob die Genehmigung des Patienten vorlag.



Datum _____ Uhrzeit _____ Unterschrift der Pflegefachkraft _____

Spezielles Wundmanagement _____

Zum Nutzen dieser Wunddokumentation

Die systematische Dokumentation des medizinischen und pflegerischen Handelns ist ein Muss für alle Pflegefachkräfte. Zum einen fordert das Alten- und Krankenpflegegesetz §3 die Erhebung und Festlegung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege und ärztlich veranlasste Maßnahmen zur Erfüllung der beruflichen Sorgfaltspflicht. Zum anderen verlangt das Sozialgesetz §80 in der ambulanten und stationären

Versorgung eine konsequente Qualitätssicherung – eine Voraussetzung ist die umfassende Aufzeichnung. Zudem ermöglicht die Dokumentation eine wirtschaftliche Pflege und bietet Pflegefachkräften bei Haftungsfragen mehr Rechtssicherheit. Gründe genug, die Pflegedokumentation für den Bereich der Wundversorgung durch eine spezielle Wunddokumentation zu erweitern.

Erläuterungen zu den einzelnen Rubriken

1. Wundanamnese: Die genaue Situationsbeschreibung bei Behandlungsbeginn erlaubt die systematische Analyse des Patienten und der Wunde. Das Erfassen der gestellten Diagnose sowie der schon durchgeführten oder geplanten Diagnostik ergeben die Grundlage für eine gezielte Fragestellung:

- Ist die Entstehung der Wunde bekannt?
- Wie lange besteht die Wunde schon?
- Wurde bereits eine Versorgung der Wunde durchgeführt und wenn ja, wie?
- Welche Medikamente werden eingenommen und beeinflussen sie die Wundheilung (z. B. Antibiotika)?
- Bestehen Allergien?
- Gibt es Besonderheiten bezüglich der Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme?
- Wie beweglich ist der Betroffene?
- Wie ausgeprägt sind die Schmerzen, wurden schon Analgetika verabreicht und in welcher Dosis?
- Wie kann die kontinuierliche Versorgung der Wunde organisiert werden?

Durch die Wundanamnese zeigen sich Faktoren auf, welche die Wundreinigung beeinflussen. Durch das Ermitteln zutreffender Voraussetzungen lassen sich pflegerische Maßnahmen ableiten.

Infizierte Wunde = Wundspülung und Reinigung von außen nach innen.

Herabgesetzte Immunitätslage = Tragen von Haube, Mundschutz und Überkittel beim Verbandwechsel.

2. Wundanalyse: Die genaue Beschreibung der Wunde im Rahmen der Wundinspektion ermöglicht eine exakte situationsbedingte Organisation der Pflege und eine patientengerechte Wundtherapie. Beispiel:

Klassifikation / Dekubitus

(Die Definition orientiert sich an der Einteilung der National Pressure Ulcer Advisory Panel 1989)

- Stadium 1: persistierende Hautrötung bei intakter Haut
- Stadium 2: Teilverlust der Haut: Blase, Hautabschürfung, oberflächliches Geschwür
- Stadium 3: Verlust aller Hautschichten und Schädigung des subkutanen Gewebes, tiefes Geschwür
- Stadium 4: zusätzliche Zerstörung, Gewebnekrosen oder Schädigung von Muskel, Knochen oder unterstützenden Strukturen

Die Auswertung der Wundanamnese und der Wundinspektion im Rahmen des pflegediagnostischen Prozesses ermöglichen die Zuordnung der Wunde zur jeweiligen Pflegediagnose.

Pflegediagnosetitel: Hautschädigung 00046

Definition: Veränderung der Epidermis und/oder der Dermis

Pflegediagnosetitel: Gewebeschädigung 00044

Definition: Eine Schädigung der Schleimhaut, der Hornhaut, der Kutis oder des subkutanen Gewebes; Quelle: Georg, Jürgen (2005): NANDA-Pflegediagnosen, Verlag Hans Huber

Pflegediagnosen stellen eine standardisierte sprachliche Form, d.h. einheitliche Terminologie für die aus der Wundanamnese abgeleiteten Probleme des Patienten dar, und können an deren Stelle in den Pflegeprozess integriert werden.

3. Wundtherapie und Pflege: Nachweis der angeordneten Therapie und Pflege mittels detaillierter Planung.

Bei der Wundtherapie und Pflege ist zu beachten, dass alle Produkte, die zur Behandlung und Pflege der Wunde eingesetzt werden, ärztlich angeordnet sind und die Kriterien des Arzneimittelgesetz oder Medizinproduktegesetz berücksichtigen.

4. Durchführungsnachweis:

Dieser Durchführungsnachweis für den gesamten Zeitraum der Wundversorgung gliedert sich in folgende Teile:

Datum, Uhrzeit: „Wann“ wurde ein Verbandwechsel durchgeführt.

Durchführung: Die Umsetzung der Wundtherapie und Pflege wird dokumentiert; Besonderheiten sind in Stichworten festzuhalten. (Pflegebericht)

Veränderung der Wundanalyse: Hier werden Veränderungen detailliert aufgezeichnet.

Änderung der Wundtherapie und Pflege: Bei einer neuen Ausgangssituation wird die Planung der neuen Lage angepasst.

Handzeichen: „Wer“ trägt die Verantwortung.

5. Beurteilung Wundtherapie und Pflege: Hier erfolgt die Gesamtbewertung der Wundversorgung. Bei Anlage einer neuen Wunddokumentation sollten die Gründe kurz dokumentiert werden.

Haben Sie noch Fragen? Benötigen Sie weitere Informationen zur hydroaktiven Wundversorgung? Dann rufen Sie den Kundenservice von ConvaTec an: **0800 – 7 86 62 00** (gebührenfrei).