

Wunddokumentation unter standardisierten Gesichtspunkten am Beispiel eines neuen Dokumentationsbogens

J. Meyer

Einleitung

Eine Vielzahl von zum Teil sehr unterschiedlichen Bögen zur Dokumentation von Wunden wird mittlerweile auf dem Markt angeboten. Wenn auch einige Übereinstimmungen im Bereich der Beschreibung der Wundart und Ursache bestehen, überwiegen doch die Unterschiede vor allem im Aufbau und in der Art der Dokumentation. Viele Bögen beruhen auf dem Prinzip der freien Beschreibung und Verlaufsdokumentation.

Hierdurch wird zwar der forensische Aspekt der Dokumentation für den einzelnen Patienten abgedeckt, aber ein Vergleich zwischen den Patienten im Sinne einer Qualitätskontrolle oder einer retrospektiven Analyse der Behandlungen ist nicht, oder nur mit einem enormen Aufwand möglich. Aus diesem Grund wurde ein neuer Dokumentationsbogen entwickelt, der einen Vergleich und eine Analyse zwischen den Patienten ermöglicht.

Beschreibung des Bogens

Der neue Dokumentationsbogen beruht auf dem Prinzip, daß vorgegebene Begriffe sowohl in der Anamnese, als auch in der Verlaufsdokumentation nur noch angekreuzt oder mit einer Nummer eingetragen werden. Auch bei der Lokalisationsbeschreibung der Wunde wurde dieses konsequent umgesetzt. Hier wurde, abweichend von bestehenden Schemata, eine neue und umfangreiche Aufteilung der Körperoberfläche vorgenommen und mit Ziffern versehen. Dadurch entfallen alle Einzeichnungen in die Piktogramme.

Der beidseitig bedruckte DIN A3 Bogen ist so angelegt, daß er in die meisten Dokumentationssysteme integrierbar ist. Durch die Faltung in der Mitte liegt der Bereich mit der Verlaufsdokumentation immer oben.

Bei der erstmaligen Dokumentation des einzelnen Patienten werden neben den Stammdaten die Dauer des Bestehens, die Wundart und die Ursache erfaßt. Dann wird die weitere Diagnostik festgelegt und ein Aufnahmefoto der Wunde in den Bogen eingeklebt. Im unteren Bereich der Vorderansicht befinden sich die Piktogramme mit den zugeordneten Ziffern. Daneben ist ein Feld mit der Wundbeschreibung, in das die Lokalisation, das Ausmaß und der Zustand der Wunde mit Ziffern codiert eingetragen werden. Die Legende zu den einzelnen Bereichen befindet sich unter dem Wundbeschreibungsfeld.

Als nächstes wird die vorgesehene Behandlung eingetragen. Auch hier sind die Bereiche Débridement, Spülung, Verband und Zusätzliche Maßnahmen mit Ziffern codiert und in einer Legende erklärt. Alle diese Bereiche haben zusätzlich ein Freitextfeld, falls eine Behandlung, die nicht in der Legende steht, durchgeführt werden soll. Ganz unten auf dieser Seite gibt es die Möglichkeit Bemerkungen einzutragen.

Bei der Dokumentation des Wundverlaufes können bis zu sieben Verbandswechsel auf einer Seite erfaßt werden. Auch hier besteht, wie bei der Primärerfassung die Möglichkeit, drei verschiedene Wunden des Patienten zu dokumentieren. Bei jeder Wunde kann die Wundtiefe mit dem Scorecode eingetragen werden. Der Wundtiefenscore ist so definiert, wie er sich mittlerweile in der Fachwelt etabliert hat. Epidermis und Dermis sind mit 1, die Subkutis mit 2 und Faszien und Muskeln sind zusammengefaßt mit 3 bezeichnet. Der Sehnen- und Knochenbefall wird als Punkt 4 dieses Scores aufgeführt.

Die Wundtiefe kann nach der Sondierung des tiefsten Punktes mit einem geeigneten Instrument eingetragen werden. Die Wundfläche sollte mit dem Planimetrieverfahren ermittelt werden, da dieses Verfahren der Angabe der Wundlänge und -breite bei weitem überlegen ist. Allerdings sollte auch bei diesem Verfahren, abhängig von der Genauigkeit der Durchführung, bedacht werden, daß die Planimetrie keine Exaktheit von 100% hat.

Bei der Wundzustandsbeschreibung wird unterschieden zwischen Nekrosen und Fibrinbelägen und dem Vorhandensein von Granulations- oder Epithelgewebe.

Bei dem Punkt Wundinfektion wird lediglich unterschieden, ob eine Entzündung vorhanden ist oder nicht. Der Platz ist ausreichend, um die Durchführung eines Abstriches einzutragen. Bei der Dokumentation der Behandlung wird zuerst die Art des Débridements erfaßt, wobei hier unterschieden wird zwischen mechanisch, autolytisch, enzymatisch und sonstige. Dann werden die Art der Spülung, der Verband und die zusätzlichen Maßnahmen eingetragen.

Alle diese Punkte sind codiert und es muß lediglich die zugehörige Nummer eingetragen werden. Die Legende der Codes befindet sich oben auf der Seite, so daß ein Umblättern des Bogens entfällt. Durchzuführende Konsile sollten mit den Anfangsbuchstaben bezeichnet werden. Eine Auswahl ist bei der Erhebung des Primärstatus aufgeführt. Platz für drei Verlaufsfotos ist ganz unten auf der Seite. Zum Schluß ist noch eine ausreichende Freitextfläche für Bemerkungen vorhanden.

Resümee

Durch den Verzicht auf freie Eintragungen und der Codierung der einzelnen Schritte kann die Durchführung der Wunddokumentation mit diesem Bogen in kurzer Zeit gemacht werden, und es ergibt sich eine gute Übersichtlichkeit und Reproduzierbarkeit.

Dokumentationen, die mit diesem Bogen gemacht wurden, können später miteinander verglichen und ausgewertet werden. Dieses wird in Zukunft immer wichtiger werden unter den Gesichtspunkten der Qualitätskontrolle und der statistischen Erfassung von Patienten.

Somit schließt dieser Wunddokumentationsbogen den Kreis zwischen herkömmlicher und computergestützter Dokumentation und ist dadurch auch in Abteilungen einzusetzen, die noch nicht über die Möglichkeit der PC Dokumentation verfügen.

Eine Ansicht der Vorderseite des Bogens befindet sich auf der nächsten Seite.

Anamnese

Wunddokumentation

Patientendaten oder -aufkleber

Name: _____

Vorname: _____

geb. am: _____

Station: _____

Datum der Erhebung: _____

W M

Auftreten der aktuell bestehenden Wunde: _____

Wunde ursächlich für Krankenhausaufnahme

Wunde ist nicht Aufnahmegrund

Wundort

- Ulcus cruris
- Dekubitus
- Diabetischer Fuß
- Verbrennung
- Postoperative Wundheilungsstörung
- Plastische Wunden / Exzisionswunden
- Sonstige

Wundursache und beeinflussende Faktoren

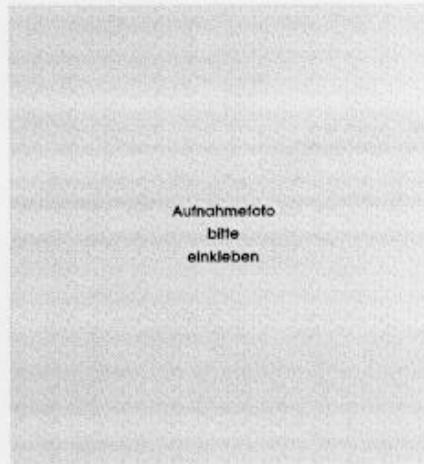
- Diabetes mellitus
- Arterielle Verschlusskrankheit
- Chronisch venöse Insuffizienz
- Polyneuropathie
- Immobilität
- Infektion (systemisch)
- Immunsuppression
- Albuminmangel
- Sonstige

Zu erhebende Befunde

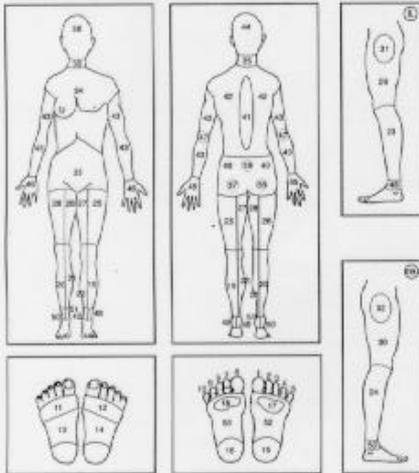
- Mikrobiologie
- Dopplersonographie
- Angiographie
- Phlebographie
- Sonstige

Konsile

- Chirurgie
- Dermatologie
- Innere
- Sonstige



Lokalisation der Wunde



Wundbeschreibung

	Lokalisationsnummer	Wundtiefe*	Tiefe (cm)	Fläche (cm²)	Zustand**	Infektion
Wunde 1						
Wunde 2						
Wunde 3						

Wundtiefe*

- 1 = Epidermis, Dermis
- 2 = Subkutis
- 3 = Faszie, Muskeln
- 4 = Sehnen, Knochen

Wundzustand**

- 1 = Nekrose
- 2 = Fibrin
- 3 = Granulation
- 4 = Epithel

Wundinfektion

- 1 = Nein
- 2 = Ja

Abstrich am: _____

Wundbehandlung

	Débridement	Spülung	Verband	Zusätzliche Maßnahmen
Wunde 1				
Wunde 2				
Wunde 3				

Débridement

- 1 = mechanisch
- 2 = autolytisch
- 3 = enzymatisch
- 4 = sonstige

Spülung

- 1 = NaCl
- 2 = Aqua
- 3 = Ringer
- 4 = Sonstige

Verband

- 1 = Alginat
- 2 = Folien
- 3 = Hydrogele
- 4 = Hydrokolloide
- 5 = Kompressen

- 6 = Schaumstoffe
- 7 = Vakuumverwundung (PVA-Schwamm)
- 8 = Sonstige

Bemerkungen: _____

Unterschrift: _____

Zusätzliche Maßnahmen

- 1 = Kompression
- 2 = Druckentlastung
- 3 = Mobilisation
- 4 = Sonstige

