

Stellungnahme der ePA-CC GmbH zu Dekubitus-Risikoindikatoren im ePA-AC anlässlich der ersten Aktualisierung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege (Dez. 2010)

Ausgangslage

1. Das ergebnisorientierte PflegeAssessment AcuteCare (ePA-AC) ist ein vollstandardisiertes Instrument zur Messung von Patientenfähigkeiten und –beeinträchtigungen sowie zur Identifikation verschiedener Risikoindikatoren, u. a. zum Dekubitusrisiko. Bei der Entwicklung des ePA-AC im Jahr 2002 wurde die Braden-Skala (Braden & Bergstrom 1989; 1994) auf Grund der damaligen Studienlage und der Nähe zu den dem ePA-AC zu Grunde liegenden Konzepte von „Selbstpflegefähigkeit“ (z. B. Kollak 2006) sowie von Aktivität/ Partizipation, Körperfunktionen und Kontextinformationen (nach ICF, World Health Organization (WHO) 2001) am ehesten kompatible Risikoskala identifiziert und in das ePA-AC integriert.
2. Die aktuelle Revision des Expertenstandards „Dekubitusprophylaxe“ (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege DNQP (Ed.), 2010) setzt sich u. a. kritisch mit dem klinischen Nutzen von Dekubitusrisiko-Skalen auseinander.
3. Es gab in letzter Zeit vermehrt Nachfragen von Anwendern der ePA-AC, warum im ePA-AC der Wert der Bradenskala als Risikoindikator Dekubitus enthalten ist

Stellungnahme

1. Das ePA Competence Center befürwortet ausdrücklich die Arbeit des DNQP und unterstützt die kritische Auseinandersetzung mit standardisierten Instrumenten und Risikoskalen.
2. Standardisierte Instrumente wie Risikoskalen oder Assessmentinstrumente können immer nur *Hinweise* (Indikatoren) auf mögliche Problemlagen geben und werden niemals *alle* denkbaren Aspekte einer individuellen (Patienten-) situation umfassen. Ihre Anwendung erfordert
 - a. eine ausreichende Schulung sowie
 - b. Fachexpertise, um die Hinweise eines Assessmentinstruments zu bewerten und die korrekten Schlussfolgerungen zu ziehen (vgl. Bartholomeyczik & Hunstein 2006).
3. Im ePA-AC werden mehr Informationen erhoben als nur mögliche Risikoindikatoren für die Dekubitusentstehung. Gleichzeitig spielen alle Items, die der Braden-Skala zugeordnet sind, auch eine Rolle in der pflegerischen Versorgung. Unabhängig von einem möglichen Einfluss auf das Dekubitusrisiko ist es für eine sichere Patientenversorgung wichtig zu wissen, ob ein Patient in der Lage ist, sich im Bett zu bewegen, ob er ausreichend isst usw. Schon alleine deshalb können die Items, die auch zur Berechnung des Braden-Werts genutzt werden, nicht einfach entfallen – zumal sie für andere Risikobereiche ebenfalls wichtig sind (Bsp.: Das Item „Aktivität/ Fortbewegung“ triggert außer der Braden-Skala die Risikoindikatoren poststationäres Versorgungsdefizit, nosokomiale Pneumonie sowie Sturz und ist außerdem Teil des SPI = Messgröße für die Selbstpflege resp. Pflegebedürftigkeit).
4. Alle im Expertenstandard aufgeführten und auf Grund experimenteller sowie empirischer Befunde identifizierten ätiologischen Faktoren (Druck und/ oder Scherkräfte sowie mechanische Reize wie Reibung oder Nässe, siehe DNQP 2010:49) werden im ePA-AC erhoben und können – unabhängig vom Wert der Braden-Skala – als Risikoindikatoren genutzt werden.
5. Dass die Braden-Skala in der aktuellen Revision des Expertenstandards häufiger mit kritischen Bewertungen aufgeführt wird als andere Skalen liegt daran, dass zu ihr bisher die meisten Studien durchgeführt wurden. Mit der Anzahl der Studien steigt naturgemäß die ‚Chance‘, dass Studien mit kritischen Bewer-

tungen recherchiert werden – im Gegensatz zu Risikoskalen, zu denen nur vereinzelte oder gar keine Studien durchgeführt wurden. Daher wäre es falsch, aus der reinen Anzahl kritischer Studien zu folgern, dass die Braden-Skala schlechter sei als andere Risikoskalen.

6. Den Nutzen einer Risikoskala nachzuweisen ist aus ethischen und methodischen Gründen nur schwer möglich – auf diese Herausforderung weist der Expertenstandard explizit hin (DNQP 2010:51). Vergleichbares gilt auch für einen Schaden, der durch die Anwendung einer Skala entstehen kann, denn dieser könnte auch durch eine *unreflektierte Anwendung* einer Skala und/ oder eine *unzureichende Fachexpertise* entstehen. In diesem Fall läge das Problem nicht bei der Skala, sondern beim Anwender. Bartholomeyczik et al. (2006:316) weisen explizit auf diese Gefahr hin.
7. Aus dem vorigen Punkt resultiert auch, dass im Expertenstandard nicht grundsätzlich vom Einsatz von Risikoskalen abgeraten wird – es heißt lediglich „Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Studien zur prädiktiven Validität von Risikoskalen limitiert sind und dass der klinische Nutzen von standardisierten Risikoskalen in der Praxis bis heute nicht belegt ist.“ (DNQP 2010:54).
8. Die Pflegefachperson ist – unabhängig von der Aussage einer Skala – frei, auf Grund ihrer Fachexpertise zu einem abweichenden Urteil zu kommen.
9. Das ePA-CC fordert nicht die unreflektierte Umsetzung der integrierten Risikoindikatoren. Im Gegenteil: Jede Einrichtung ist explizit aufgerufen, die Risikoindikatoren für ihre Belange zu bewerten und z. B. Cut-Off-Punkte individuell anzupassen. Kommt eine Einrichtung (oder eine Abteilung oder eine Fachperson) zu dem Schluss, dass ein bestimmter Risikoindikator für ihre speziellen Belange nicht geeignet sei, so ist sie frei, entsprechende Hinweise, die im ePA-AC vorgeschlagen werden, zu ignorieren oder für ungültig zu erklären.
Aktualisierung 03/2015: Ab ePA-AC 2.1 sowie ePA-Kids-1.1 und ePA-LTC 1.0 wurde die Risikoerfassung Dekubitus durch das Item „Experteneinschätzung Dekubitusrisiko“ (Risiko liegt vor/ liegt nicht vor) ergänzt, damit die Fachperson ihre Einschätzung explizit dokumentieren kann.
10. Das ePA-CC ermuntert alle Anwender *ausdrücklich*, sich mit den erhobenen Daten auch epidemiologisch und/ oder pflegewissenschaftlich auseinander zu setzen und/ oder das ePA-AC als Erhebungsinstrument in prospektiven Studien zu nutzen (siehe Hunstein 2009:76). So können – unter Berücksichtigung der Herausforderungen bei randomisierten klinischen Studien zur Risikovorhersage – möglicherweise neue Erkenntnisse über die Bedeutung von Risikoindikatoren/ Risikovorhersage Dekubitus gewonnen werden. Bei künftigen ePA-AC-Versionen werden – wie bisher auch – aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse berücksichtigt werden.

Wiesbaden, im April 2011, aktualisiert März 2015

Literatur

- Bartholomeyczik S, Hunstein D (2006): Standardisierte Assessmentinstrumente - Möglichkeiten und Grenzen. In: PrInter-net 05/06: 315-317.
- Braden BJ, Bergstrom N (1989): Clinical utility of the Braden scale for Predicting Pressure Sore Risk. In: Decubitus 2(3): 44-46, 50-41.
- Braden BJ, Bergstrom N (1994): Predictive validity of the Braden Scale for pressure sore risk in a nursing home population. In: Res Nurs Health 17(6): 459-470.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Ed.) (2010): Expertenstandard 'Dekubitusprophylaxe in der Pflege'. Osnabrück: Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung. Aktualisierte Auflage
- Hunstein D (2009): Das ergebnisorientierte PflegeAssessment AcuteCare (ePA-AC). In: Bartholomeyczik S, Halek M (Eds.): Assessmentinstrumente in der Pflege. Hannover: Schlüter'sche: 60-78.
- Kollak I (2006): The Concept of Self-Care. In: Hesook SK (Ed.): Nursing Theories. Conceptual and Philosophical Foundations. New York: Springer: 42-53.
- World Health Organization (WHO) (2001): International classification of functioning, disability and health - ICF. Genf: World Health Organization.