

Expertenstandard Sturz (Stand 2013) im System PFLEGE•ZEIT (aktualisiert Okt 2020)

Struktur	Prozess	Ergebnis
<p>S1:</p> <p>Die Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen über das Sturzrisiko.</p> <p>Nachweis über den Fortbildungsplan, über die einrichtungseigene Fachliteratur und über im Umlauf befindliche Fachzeitschriften und die regelmäßig zu erbringende Fachaufsicht.</p> <p>Die Elemente der Dokumentationssystem PFLEGE-ZEIT beinhalten auf Basis des aktuellen pflegefachlichen Wissensstandes alle Kriterien zum Screening und zum Assessment sowie zur fachgerechten Dokumentation des Sturzrisikomanagements.</p> <p>Die folgenden Formulare sollten in die Schulungen zur Sturzprophylaxe einbezogen werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ggf. Anamnese - ggf. Langzeitverlauf - ggf. Bewegungsanamnese - Pflegestatus/Pflegestatus SIS - Tagesplan - Sturzprotokoll - Beobachtungsprotokoll - ggf. PFLEGE.ZEIT Durchblick - Pflegevisite 	<p>P1a:</p> <p>Die Pflegefachkraft identifiziert unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrags systematisch die personen-, medikamenten- und umgebungsbezogenen Risikofaktoren aller Patienten/Bewohner, bei denen ein Sturzrisiko nicht ausgeschlossen werden kann (siehe Tabelle „Sturzrisikofaktoren“ in der Kommentierung). -überprüft die Einschätzung des Sturzrisikos bei Veränderungen der Pflegesituation und nach einem Sturz. I</p> <p>In den unter S1 genannten Formularen werden die gesammelten Informationen bewertet und Veränderungen mit Datumsangabe ergänzt.</p> <p>Schon bei der Aufnahme werden alle Hinweise auf Stürze erfasst. Die häufigsten Risikofaktoren werden gezielt abgefragt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funktionseinbußen und Funktionsbeeinträchtigungen infolge einer Erkrankung oder Symptome einer kurzfristigen Ohnmacht (TIA, Absence, etc.) • Sehbeeinträchtigungen • Beeinträchtigung der Kognition und der Stimmung • Inkontinenz, Nykturie und Probleme beim Toilettengang • Sturzereignisse in der Vergangenheit und mögliche Ursachen dafür in der Umgebung • Angst vor Stürzen • ungeeignete Hilfsmittel, Schuhe und Kleidung • Medikamente <p>und im Pflegestatus/Pflegestatus SIS in den Merkmalsfeldern und in dessen Risikomatrix beschrieben.</p> <p>Die erneute Einschätzung erfolgt bei der Evaluation</p>	<p>E1:</p> <p>Eine aktuelle, systematische Erfassung des Sturzrisikos liegt vor.</p> <p>Beim Aufnahmegespräch oder bei Vertragsabschluss im ambulanten Bereich wurden Risiken angesprochen und hinterfragt. Als Screeninginstrumente wurden der Pflegestatus (und die Anamnese) genutzt.</p> <p>Die systematische Erfassung ist im Dokumentationssystem nachgewiesen :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Im Pflegestatus/Pflegestatus SIS ist das Risiko eingeschätzt und der Hilfebedarf der Sturzprophylaxe bewertet. Restrisiken sind beschrieben. Ggf. wird diese Einschätzung per PFLEGE-ZEIT Durchblick ergänzt. 2. Ein Sturzprotokoll ist nach jedem Sturz angelegt 4. Eine Bewegungsanamnese liegt vor. 5. Jeder Sturz ist im Regiebogen dokumentiert und analysiert. 6. Im Regiebogen ist dokumentiert, dass alle möglichen Ursachen ärztlich abgeklärt und entsprechende Therapien veranlasst worden sind.

Expertenstandard Sturz (Stand 2013) im System PFLEGE•ZEIT (aktualisiert Okt 2020)

Struktur	Prozess	Ergebnis
<p>S2:</p> <p>Die Pflegefachkraft verfügt über Beratungskompetenz bezüglich des Sturzrisikos und geeigneter Interventionen.</p> <p>Nachweis über den Fortbildungsplan, über die einrichtungseigene Fachliteratur und über im Umlauf befindliche Fachzeitschriften und die regelmäßig zu erbringende Fachaufsicht.</p> <p>Im Rahmen des Einarbeitungsprozesses werden die Fachkräfte verstärkt in der Fähigkeit zur Beratung trainiert.</p> <p>In besonders anspruchsvollen Sturzrisikosituationen erfolgt der Einbezug weiterer Fachkompetenzen. Diese sind: Motopädagogik, Physiotherapie, Schmerztherapie (Bewegungsschmerzen und daraus resultierende Sturzangst).</p> <p>Die Einrichtung stellt über den Fortbildungsplan Personalschulungen und Fallbesprechungen mit kinästhetischer Schwerpunktsetzung sicher.</p>	<p>P2:</p> <p>Die Pflegefachkraft informiert den Patienten/Bewohner und seine -angehörigen über das festgestellte Sturzrisiko und bietet eine -beratung und ggf. Schulung zu den -interventionen an.</p> <p>Dies betrifft die festgestellten Risikobereiche sowie die möglichen Interventionen und Kompensationen.</p> <p>Ein Beratungsschwerpunkt ist die gezielte Thematisierung des Willens oder des mutmaßlichen Willens insbesondere zur Bereitschaft von Risiken. Am Ende der Beratung erfolgt die Dokumentation Beratungs-/Protokoll, ein Hinweis im Regiebogen und der Eintrag des Datums der Beratung in der Risikomatrix des Pflegestatus.</p>	<p>E2:</p> <p>Der Patient/Bewohner und ggf. seine Angehörigen kennen das individuelle Sturzrisiko sowie geeignete Maßnahmen zur Sturzprophylaxe. Die Beratung und ggf. die Schulung sind dokumentiert.</p> <p>Das Ergebnis der Beratung ist dokumentiert. Das Datum in der Risikomatrix im Pflegestatus „Risiken mit Angehörigen und Bewohner/ Kunde/ Gast abgesprochen“ weist die Beratung im Pflegestatus nach.</p> <p>Im Regiebogen ist ein Hinweis auf die stattgefundene Beratung eingetragen und im (Beratungs-)Protokoll sind Inhalt und Ergebnis der Beratung dokumentiert.</p> <p>Zusätzliche Hinweise auf die Qualität der risikobezogenen Beratung erhält die Einrichtung über das Anregungs- und Beschwerdemanagement. Diese fließen in Maßnahmen des Personalmanagements und in die Evaluation des weiteren Qualitätsmanagements ein.</p>
<p>S3:</p> <p>Die Pflegefachkraft kennt geeignete Interventionen zur Vermeidung von Stürzen und zur Minimierung sturzbedingter Folgen.</p> <p>Siehe S 2</p> <p>Wirksame zielgruppenspezifische Interventionen zur Vermeidung von Stürzen werden in den Schulungsunterlagen zusammengestellt und sind Planungsgrundlage für den Pflegeprozess.</p> <p>Die Einrichtung stellt Instrumente von PFLEGE-</p>	<p>P3:</p> <p>Die Pflegefachkraft entwickelt gemeinsam mit dem Patienten/Bewohner und seinen -angehörigen sowie den beteiligten Berufsgruppen einen individuellen Maßnahmenplan.</p> <p>Im Anschluss an das Beratungsgespräch wird in Abstimmung mit den Beteiligten ein individueller Maßnahmenplan festgelegt und im individuellen Tagesplan handlungsleitend geplant.</p> <p>Im Vordergrund steht der alltagsbezogene</p>	<p>E3:</p> <p>Ein individueller Maßnahmenplan zur Sturzprophylaxe liegt vor.</p> <p>Der individuelle Maßnahmenplan im Tagesplan oder im Durchführungsnachweis ist die Arbeitsanweisung für 24 Stunden Betreuung. Er ist von den jeweils zuständigen Pflegekräften im Pflegeverlaufsbericht (nach Plan gepflegt) und ggf. auf der Monatsübersicht abgezeichnet und relevante Abweichungen sind dokumentiert. Im ambulanten Bereich werden die vereinbarten Leistungen über die Leistungskomplexe</p>

Expertenstandard Sturz (Stand 2013) im System PFLEGE•ZEIT (aktualisiert Okt 2020)

Struktur	Prozess	Ergebnis
<p>ZEIT zur Verfügung, so dass ein unbeabsichtigtes Vergessen möglicher Maßnahmen nahezu ausgeschlossen wird. Im Pflegestatus ambulant wird eine Vielzahl von möglichen Interventionen, zum gezielten Hilfsmiteleinsetz und zu Maßnahmen der Umgebungsanpassung im Ankreuzverfahren zur pflegfachlichen Reflexion angeboten.</p> <p>Wird die Bewegungsanamnese im Zusammenhang mit weiteren Auffälligkeiten der Mobilität erstellt, gibt diese Aufschluss über die Bewegungsspielräume.</p>	<p>Maßnahmenplan: ca. 20 Maßnahmen werden mit den individuellen Hilfebedarfen im Rahmen der alltäglichen Verrichtungen geplant (Transfers und Begleitungen, z.B. in den Tagesraum, zur Toilette, usw.).</p> <p>Ist dies nicht ausreichend, werden spezielle Durchführungsnachweise für Maßnahmen mit einem Zielerreichungsgrad genutzt. Der gezielte Einsatz von physiotherapeutischen Übungen ist nur ein Aspekt unter dem Ziel Balance, Kraft und Mobilität zur Prophylaxe von Stürzen zu fördern.</p>	<p>dokumentiert, da diese im Tagesplan individuell definiert sind.</p> <p><i>Wurden Leistungen gekürzt, verweigert oder abgelehnt, ist dies bei prozessrelevanten Abweichungen im Regiebogen (Hinweis im Pflegeverlaufsbericht) dokumentiert. Bei nicht prozessrelevanten Abweichungen reicht ein Eintrag im Pflegeverlaufsbericht. Das Ausmaß der Ablehnung vereinbarter Leistungen sowie ergriffene Maßnahmen sind somit nachgewiesen.</i></p>
<p>S4a:</p> <p><i>Die Einrichtung ermöglicht zielgruppenspezifische Interventionsangebote, gewährleistet geeignete räumliche und technische Voraussetzungen sowie Hilfsmittel für eine sichere Mobilität.</i></p> <p>Nachweis über den Fortbildungsplan, über die im Umlauf befindliche einrichtungseigene Fachliteratur, die im Umlauf befindlichen Fachzeitschriften und über die interne Verfahrensregelung.</p> <p>Im Tagesplan sind die Angebote handlungsleitend beschrieben.</p> <p><i>Die Pflegefachkraft ist zur Koordination der Intervention autorisiert.</i></p> <p><i>Die Bezugspflegekraft trägt die Koordinationsverantwortung, d.h. sie ist verpflichtet, alle sinnvollen Interventionen mit allen Beteiligten abzustimmen und regelmäßig auf ihre Wirksamkeit hin zu evaluieren. Hierzu nutzt sie die beschriebenen Dokumentationselemente und das Instrument der</i></p>	<p>P4:</p> <p><i>Die Pflegefachkraft gewährleistet in Absprache mit den beteiligten Berufsgruppen und dem Patienten/Bewohner gezielte Interventionen auf der Grundlage des Maßnahmenplans.</i></p> <p>Die PDL, bzw. die von ihr delegierte Pflegefachkraft, gewährleistet in Absprache mit allen beteiligten Berufsgruppen und dem Bewohner die Umsetzung des Maßnahmenplanes = Tagesplanes.</p> <p>Sie sorgt für eine individuelle Umgebungsanpassung unter Berücksichtigung milieutherapeutischer Aspekte und der persönlichen Wünsche nach Privatheit und kümmert sich um alle Aspekte im Rahmen der Hilfsmittelbestellung.</p> <p>Die Pflegefachkraft wertet nach jedem Sturz die Hinweise auf Sturzursachen aus, prüft plant ggf. weiterführende Maßnahmen und Interventionen.</p> <p>Für die Planung werden insbesondere folgende Aspekte berücksichtigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivation, Anreize und soziale Aktivierung - Abwägen des Selbstbestimmungsrechts bei 	<p>E4:</p> <p><i>Interventionen, Hilfsmittel und Umgebung sind dem individuellen Sturzrisiko des Patienten/Bewohners angepasst und fördern die sichere Mobilität.</i></p> <p>Zur Sicherstellung der Ergebnisqualität ist eine systematische Prüfung des Pflegestatus/ Tagesplans erfolgt. Die Terminplanung der Fallbesprechungen / Pflegevisite ist eingehalten.</p> <p>Das Ergebnis der pflegfachlichen Reflexion ist im Pflegestatus, Regiebogen und im Langzeitverlauf festgehalten.</p> <p>Die leitende Pflegefachkraft hat sich regelmäßig einen Eindruck über den Zustand des Pflegekunden verschafft. Die Ergebnisse sind im entsprechenden Verfahren des internen Qualitätsmanagements festgehalten.</p> <p><u>Hinweis:</u> Körpernahe freiheitseinschränkende Maßnahmen (FeM) stellen ein zusätzliches, sehr hohes Sturzrisikofaktum dar. Betroffene mit Maßnahmen</p>

Expertenstandard Sturz (Stand 2013) im System PFLEGE•ZEIT (aktualisiert Okt 2020)

Struktur	Prozess	Ergebnis
<p><i>Fallbesprechung.</i></p> <p><i>Im Qualitätshandbuch der Einrichtung und den mit geltenden Einarbeitungs- und Stellenbeschreibungen ist der vom Unternehmer an die Fachkräfte delegierte Auftrag zur Koordination nachvollziehbar und handlungsführend beschrieben und somit rechtssicher nachgewiesen.</i></p>	<p>potentiell selbstschädigendem Verhalten - Berücksichtigung weiterer Maßnahmen der Sturzprävention (z.B. Maßnahmen zum Erhalt und zur Förderung der Mobilität, der Ernährung, der Schmerztherapie und Maßnahmen zur Förderung der Kontinenz).</p> <p>Die Pflegefachkraft sorgt für eine individuelle Umgebungsanpassung sowie für den Einsatz geeigneter Hilfsmittel zur Sturzprophylaxe und bezieht ggf. den Reinigungsdienst mit in die Maßnahmenplanung ein.</p>	<p>der regelmäßigen FeM erleiden oftmals einen fortschreitenden Verlust der Körperwahrnehmung und Raumorientierung. FeM sind keine (!) Maßnahme zur Sturzprophylaxe!</p>
<p>S5:</p> <p>Die Einrichtung stellt sicher, dass alle an der Versorgung des Patienten/Bewohners Beteiligten über das vorliegende Sturzrisiko informiert werden.</p> <p>Die Einrichtung stellt durch den im Zimmer ausliegenden Tagesplan sicher, dass allen Beteiligten die Informationen zum Sturzrisiko und die geplanten Maßnahmen zur Verfügung stehen (Angehörigen, Ärzten, Therapeuten, KG, Beschäftigungstherapeuten, Ehrenamtlichen und zusätzlichen Kräften wie Schülern, Praktikanten usw.). Auf diese Weise wird minimiert, dass z.B. eine unbeabsichtigte Gefährdung bei einem Transfer, der Begleitung zum WC oder bei Spaziergängen auftreten kann. <i>Sind die Angehörigen in die Sturzprophylaxe aktiv eingebunden, werden sie in die Planung einbezogen und angeleitet.</i></p>	<p>P5:</p> <p>Die Pflegefachkraft informiert die an der Versorgung beteiligten Berufs- und Personengruppen über das Sturzrisiko des Patienten/Bewohners und gibt Hinweise zum situativ angemessenen Umgang mit diesem.</p> <p><i>Bei Bedarf werden sturzgefährdete pflegebedürftige Personen bei Fahrten zum Arzt oder bei Ausflügen begleitet.</i> <i>Der Hilfebedarf „B=Beaufsichtigung“ ist im Tagesplan geplant und es ist notiert, wie engmaschig die Beaufsichtigung erfolgt.</i> <i>Andere Personen, wie Angehörige, Taxifahrer, Therapeuten, Arzthelferinnen oder Krankenschwestern werden unmittelbar über die Sturzgefahr und die Art der benötigten Beaufsichtigung oder der teilweisen Übernahme von Hilfe informiert.</i> <i>Bei Krankenhausaufnahmen wird dies im Pflegeüberleitungsbogen dokumentiert.</i> <i>Führen Patienten/Bewohner die Maßnahmen selbstständig durch, wird der Grad der Selbstständigkeit regelmäßig beobachtet.</i> <i>Verändert sich der notwendige Hilfebedarf, wird die</i></p>	<p>E5:</p> <p>Den an der Versorgung beteiligten Berufs- und Personengruppen sind das individuelle Sturzrisiko und die jeweils notwendigen Maßnahmen zur Sturzprophylaxe bekannt.</p> <p>Der Nachweis dieser Informationspflicht findet sich im (Beratungs-)protokoll und im Regiebogen.</p> <p>Bei Spaziergängen ist sichergestellt, dass die Begleitpersonen <u>nachvollziehbar</u> in die Benutzung der Rollstühle eingewiesen sind und in die Hilfebedarfe, insbesondere die Intensität der Beaufsichtigung eingeführt wurden. Die erfolgte Einweisung wurde im Regiebogen vermerkt (Wer, wann, Einweisungsinhalt in Stichworten).</p>

Expertenstandard Sturz (Stand 2013) im System PFLEGE•ZEIT (aktualisiert Okt 2020)

Struktur	Prozess	Ergebnis
<p>S6a</p> <p><i>Die Pflegefachkraft ist zur individuellen Sturzerfassung und Analyse befähigt.</i></p> <p>Nachweis über den Fortbildungsplan, über die einrichtungseigene Fachliteratur und über im Umlauf befindliche Fachzeitschriften und die regelmäßig zu erbringende Fachaufsicht.</p> <p><i>Die Einrichtung stellt die Ressourcen zu Auswertung und Analyse von Stürzen zur Verfügung.</i></p> <p>Zur Dokumentation von Stürzen werden die Formular Sturzprotokoll und Regiebogen vorgehalten.</p>	<p><i>Planung entsprechend geändert.</i></p> <p>P6</p> <p><i>Die Pflegefachkraft dokumentiert und analysiert jeden Sturz, gegebenenfalls mit anderen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen.</i></p> <p><i>Jeder Sturz wird anhand festgelegter Kriterien im Sturzprotokoll dokumentiert.</i></p> <p><i>Nach der Sturzanalyse im Sturzprotokoll wird das Ergebnis im Regiebogen dokumentiert.</i></p>	<p>E6a</p> <p><i>Jeder Sturz ist dokumentiert und analysiert.</i></p> <p><i>Im Regiebogen findet sich der Hinweis, die Dokumentation und Analyse ist auf dem Sturzprotokoll erfolgt.</i></p> <p><i>Diese Dokumente wurden regelmäßig durch die PDL oder einen delegierten Mitarbeiter ausgewertet.</i></p> <p><i>Die Systematik der Auswertung ist, bezogen auf Zielgruppen und Einrichtungsarten, unterschiedlich.</i></p> <p><i>Es sind die Häufigkeit, die Folgen und, wenn möglich, die Umstände der Stürze erfasst worden, z.B.:</i></p> <p><i>Häufige Orte und Situationen für Stürze,</i></p> <p><i>Stürze beim Verirren,</i></p> <p><i>Stürze nach Fremdeinwirkung</i></p> <p><i>nächtliche Stürze, z.B. auf dem Weg zur Toilette, Laftendenz etc.</i></p> <p><i>Das Ergebnis ist systematisch analysiert, entsprechende Konsequenzen sind gezogen.</i></p> <p><i>Mit der Analyse ist die Wirkung von gezielten Maßnahmen zur Sturzvermeidung evaluiert.</i></p>