

**Hinweis:**

Hohes Alter selbst ist kein Sturzrisikofaktor, sondern lediglich ein Lebensabschnitt in dem Sturzrisiken erhöht auftreten.

Die Pflegefachkraft sollte ebenfalls über die Fähigkeit verfügen, das Sturzrisiko von Kunden/Klienten auf der Ebene des individuellen Fallgeschehens zu identifizieren.

**Achtung:**

Harninkontinenz ist der am besten belegte Sturzrisikofaktor.

**Prozessqualität Pflegefachkraft**

P1) Systematische Identifizierung der Sturzrisikofaktoren und Überprüfung der Einschätzung des Sturzrisikos durch die Pflegefachkraft

Expertenstandard bis Januar 2013

P1) Die Pflegefachkraft identifiziert unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrags systematisch die personen- und umgebungsbezogenen Risikofaktoren aller Patienten/Bewohner, bei denen ein Sturzrisiko nicht ausgeschlossen werden kann.
– wiederholt die Erfassung der Sturzrisikofaktoren bei Veränderungen der Pflegesituation und nach jedem Sturz des Patienten/Bewohners.

Expertenstandard ab Februar 2013

P1) Die Pflegefachkraft identifiziert unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrages systematisch die personen-, **medikamenten-** und umgebungsbezogenen **Sturzrisikofaktoren** aller Patienten/Bewohner, bei denen ein Sturzrisiko nicht ausgeschlossen werden kann.
– **überprüft die Einschätzung des Sturzrisikos** bei Veränderungen der Pflegesituation und nach **einem** Sturz.

Die Identifizierung des Sturzrisikos hat systematisch zu erfolgen; dies stellt eine wichtige Voraussetzung für das Sturzmanagement dar. Dieser Schritt sollte zu Beginn des pflegerischen Auftrages erfolgen, idealerweise bereits beim Erstgespräch. So können eventuell notwendig werdende Interventionen möglichst früh eingeleitet werden.

Die individuellen Risikofaktoren **aller** Kunden/Klienten, die potenziell sturzgefährdet sind und bei denen ein Risiko nicht ausgeschlossen werden kann, müssen erhoben werden. Bei jungen Menschen besteht meist kein Sturzrisiko. Entscheidend ist, nicht nur das Alter isoliert zu betrachten, sondern vielmehr die an das Alter geknüpften Risikofaktoren, da diese im Alter kumulieren.

**Merke:**

Stürze sind nicht durch eine Ursache bedingt, sondern werden durch verschiedene Einflüsse ausgelöst (z. B. beeinträchtigte Balance, orthostatische Hypotonie, Lebensgewohnheiten ...).

Ist ein Sturzrisiko nicht ausgeschlossen, nimmt die Pflegefachkraft systematisch die personen-, medikamenten- und umgebungsbezogenen Sturzrisikofaktoren anhand eines erweiterten Assessments auf. Die Expertenarbeitsgruppe empfiehlt keine speziellen Verfahren oder Skalen zur Risikoeinschätzung, weil alle derzeit vorliegenden Verfahren im wissenschaftlichen Sinne als nicht ausreichend gelten.

Eine empfehlenswerte Skala müsste grundsätzliche Kriterien erfüllen:

Reliabilität – Die Skala muss bei einem Kunden/Klienten, unabhängig vom Zeitpunkt der Erhebung und von der ausführenden Person, immer die gleichen Werte (z. B. einen bestimmten Punktwert) messen

Validität – Die Skala muss tatsächlich das messen, was sie auch messen soll (in diesem Fall das Sturzrisiko)

Praktikabilität – Die Skala muss praxistauglich sein; d. h. die Anwendung muss z. B. im Rahmen der realistischen, zeitlichen und finanziellen Ressourcen anwendbar sein

Im Rahmen der Literaturanalyse zur Erstellung des Expertenstandards wurden 23 verschiedene Sturzrisiko-Assessmentinstrumente (u. a. der „Tinetti mobility score“, der „Timed „Up & Go“-Test“ oder das „Fall risk assessment“) herangezogen und hinsichtlich der oben genannten Kriterien überprüft. Keines der 23 Instrumente wies dabei eine ausreichende Güte auf.

Daher sollte das Sturzrisiko anhand der oben genannten Risikofaktoren des DNQP oder der Risikofaktoren nach der NANDA Einteilung als klinische Einschätzung erfasst werden.

Wichtig dabei ist: „Ob“ (Liegt ein Risiko vor?) und „Was“ (Welche Faktoren liegen vor?).

Innerhalb der Pflegeanamnese kann die Ersterfassung deshalb ganz einfach beginnen mit:

Sturzrisiko vorhanden: ja vorerst nein

Achtung:

Kommt zu einem vorhandenen Sturzrisiko eine Osteoporose hinzu, steigt das Frakturrisiko stark an. Sturzrisiko und Osteoporose haben im altersassoziierten Muskelabbau eine gemeinsame Wurzel.

(Runge 2008)

Ebenfalls von Bedeutung für die Einschätzung des Sturzrisikos ist eine mögliche Kompensation von Risikofaktoren. Kann ein Risikofaktor ausgeglichen werden (bspw. Brille), dann ist dieser nicht mehr als solcher anzusehen. Die Kompensationshilfe muss natürlich auf ihre Wirksamkeit hin überprüft werden.

Hinweis:

Dies bedeutet für die Pflegepraxis: Risikofaktor im Pflegeprozess aufnehmen, Kompensationshilfen als Maßnahmen erfassen und im Pflegeprozess evaluieren.

Ein bestimmtes Zeitintervall zur erneuten Sturzrisikoeinschätzung wird vom DNQP nicht empfohlen, da dieses nicht ausreichend erforscht ist.

Es kann daher der Grundsatz gelten: Je akuter das Setting, desto häufiger sollte eingeschätzt werden. Ebenso bei einer Veränderung des Gesundheitszustandes und bei jeder Veränderung des Pflegezustandes. Genauso entscheidend kann eine Veränderung der Umgebung oder der Medikation des Kunden/Klienten sein.

Wiederholte Erfassung des Sturzrisikos

- bei Veränderung der Pflegesituation
(z. B. Mobilität, Umgebung, Medikation, nicht mehr benutzen der Kompensationshilfen ...)
- nach jedem Sturzereignis

Bei jeder Überarbeitung der Pflegeplanung sollte die Pflegefachkraft mögliche Veränderungen der Risikofaktoren dokumentieren (ggf. können neue Risikofaktoren hinzukommen).

Nach jedem Sturzereignis muss ein Sturzprotokoll geführt und die Interventionen (Maßnahmen) überprüft werden. Die schon bekannten Risikofaktoren der Ersteinschätzung werden evaluiert (beurteilt) und angepasst (siehe auch Formular „Sturzprotokoll“ auf CD-ROM).



» Ergebnisqualität

E1) Eine aktuelle, systematische Erfassung des Sturzrisikos liegt vor

Expertenstandard bis Januar 2013

E1) Eine aktuelle, systematische Erfassung der Sturzrisikofaktoren liegt vor.

Expertenstandard ab Februar 2013

E1) Eine aktuelle, systematische Erfassung des **Sturzrisikos** liegt vor.

In der Ergebnisebene der Einschätzungsebene wird eine systematische Erfassung des Sturzrisikos statt der Erfassung der Sturzrisikofaktoren gefordert. So soll die Pflegefachkraft multifaktoriell (von vielen Faktoren abhängig/beeinflusst) das Risiko erfassen und sich nicht nur auf einzelne Risikofaktoren fokussieren.

Die konsequente Erfassung klinischer Risikoeinschätzung und deren Dokumentation stellt die Grundlage für die Maßnahmenplanung und Beratung dar. Die Kenntnisse der Pflegenden zu den vorhandenen Risikofaktoren ist sichergestellt (siehe auch Formular „Blanko Sturzgefahr PDCA“ auf CD-ROM).



» Handlungsebene 1: Ablauf im ambulanten Pflegedienst

- Neuer Kunde/Klient im ambulanten Pflegedienst, Erstgespräch
(siehe auch Formular „Erstgespräch“ auf CD-ROM)
- Erstellung einer Pflegeanamnese, dabei ist die Pflegeabhängigkeit zu berücksichtigen
(siehe auch Formular „Evaluierung Pflegeabhängigkeitsskala“ auf CD-ROM)
- Initiale Erfassung innerhalb der Pflegeanamnese Sturzgefahr: ja vorerst nein
- Wenn Sturzgefahr vorliegt, differenzierte Einschätzung des Sturzrisikos
(siehe auch Formular „Evaluierung Sturzrisiko“ auf CD-ROM)
- Hausarztinformation

