



Sturzprophylaxe im klinischen Alltag etablieren

Ein Erfahrungsbericht

Thomas Petzold, Andreas Hanel, Maria Eberlein-Gonska
Zentralbereich Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement, UK Dresden



Agenda

- Allgemeine Informationen
- Entwicklung des „Sturzpaketes“
- Implementierung und Etablierung
- Reportmöglichkeiten
- Aktionsbündnis Patientensicherheit

Allgemeine Informationen

- Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden AöR
 - 21 Kliniken, 9 Zentren, 3 Institute
 - 1.255 stationäre Betten
- Fallzahl
 - 319.950 gesamt: 54.200 stationäre, 6.100 tagesklinische und 179.500 ambulante Fälle
- Personal
 - 3.980 VK: 1.600 Pflegekräfte und 700 Ärzte

Allgemeine Informationen

Ausgangssituation

- Expertenstandard der DNQP (2006) nicht umgesetzt
 - Verkehrssicherungs- und Sorgfaltspflicht des Krankenhauses im Allgemeinen und der Pflege im Speziellen
 - gesetzliche Verpflichtung aus SGB V (und SGB XI)
- > 100.000 Hüftbrüche bei Menschen > 65 Jahre/Jahr
- jeder 2. Heimbewohner erleidet einen Sturz/Jahr
- > 1.000.000.000 (Mrd.) Euro Folgekosten in der Versorgung
- massive Zunahme der Haftungsprozesse mit Folgen von Schmerzensgeldforderungen sowie Regressansprüchen der Kostenträger an medizinischen Einrichtungen

Allgemeine Informationen

Ausgangssituation UKD

- Erfassung der Unfallkassenmeldungen durch ein Papierformular
 - Verfügbarkeit über Intranet
 - Meldung an Arbeitssicherheitsbeauftragte (ZB Recht)
 - Aufbereitung mit Meldung an die Unfallkasse
- ungenügend transparente Übersicht der tatsächlich aufgetretenen Stürze

Allgemeine Informationen

Zielsetzung

- Projektauftrag durch die Betriebsleitung des UKD an den ZB QRM
 - Entwicklung eines Maßnahmenkataloges zur Vermeidung bzw. Verringerung des Sturzrisikos gefährdeter Patienten

- Ergebniserwartung
 - Prophylaxestandard Sturz
 - gezielte Empfehlung zum Erwerb notwendiger Hilfsmittel
 - elektronisches Risikoerfassungsinstrument

Entwicklungsphase Risikoassessment

- Expertenstandard der DNQP: 23 Sturzrisikoassessments analysiert
 - Bspl.: Morse-fall-Scale, Hendrich Fall Risk Model, Time „up and go“ test
 - kein Instrument erfüllt übergreifend Anforderungen/Erwartungen zufriedenstellend, weil
 - kritische Reduktion von Risikofaktoren im Rahmen des multifaktoriellen Geschehen
 - kritische Annahme potentieller Wirkung einzelner Risikofaktoren (Punktesystem, Wichtung)

vorhandene Instrumente < Einschätzung Pflegekraft

- Empfehlung: strukturierte Risikoidentifikation mit darauf ausgerichteten Interventionen

Entwicklungsphase

Sturzrisikofaktoren nach DNQP

1. Funktionseinbußen und – Beeinträchtigungen
 2. Sehbeeinträchtigungen
 3. Beeinträchtigung von Kognition und Stimmung
 4. Erkrankungen, die zu kurzzeitiger Ohnmacht führen
 5. Ausscheidungsverhalten
 6. Angst vor Stürzen
 7. Sturzvorgeschichte
 8. Verwendung von Hilfsmitteln
 9. Schuhe
 10. Medikamente
 11. Gefahren in der Umgebung
- Intrinsische Faktoren
- Extrinsische Faktoren

Entwicklungsphase Sturzprophylaxestandard

- Auswahl bzw. Erarbeitung der Prophylaxemaßnahmen unter dem Hintergrund eines Akutkrankenhauses
- Gestaltung eines Info Flyers für Patienten, um Compliance zu fördern
- Auswahl der Hilfsmittel zur Minimierung von Sturzfolgen

Patientenselbsteinschätzung

Frage	JA	NEIN
1. Haben Sie Probleme mit dem Gleichgewicht oder Einschränkungen in der Mobilität?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben Sie Probleme mit dem Sehen oder nicht die passende Sehhilfe dabei?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vergessen Sie schnell oder haben Probleme sich zu orientieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Müssen Sie häufig auf die Toilette (besonders Nachts)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Neigen Sie zu Schwindel oder Ohnmachtsanfällen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sind Sie in der letzten Zeit gestürzt (<1 Jahr)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Nutzen Sie Gehhilfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tragen Sie im Krankenhaus Pantoffeln oder offene Hausschuhe mit glatter Sohle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Nehmen Sie mehr als 4 Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei zwei und mehr positiven Antworten, können Sie von einem erhöhtem Sturzrisiko ausgehen. Seien Sie in diesem Fall bitte besonders achtsam!

Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus
DIE DRESDNER.

Sturzrisiko im
Akutkrankenhaus


10

P 7 Sturzprophylaxestandard		Pflegestandard Juni 2010 Universitätsklinikum Dresden	
Gültigkeitsbereich • gesamter stationärer Bereich am UKD	Hinweis • Risikoerfassung erfolgt mittels Sturzrisikoeinschätzung UKD/ORBIS®. Zustands-/Risikoänderungen* werden dokumentiert, wenn sie den Patienten länger als 24h	Material (Beispiele) • Hüftprotektoren • Pro-feet-slipper • Kopfschutzhelme • festes Schuhwerk/flache Sohle • Anti-Rutsch-Socken	
Verantwortlichkeit • Arzt • Krankenschwester/-pfleger bzw. Gesundheits- und KrankenpflegerIn • Kinderkrankenschwester/-pfleger bzw. Gesundheits- und KinderkrankenpflegerIn	Häufigkeit <i>Risikoerfassung:</i> innerhalb der ersten 24h (nach Aufnahme), nach Zustandsänderung* (> 24h); bei Kindern ab 2 Jahren <i>Prophylaxemaßnahmen:</i> nach Bedarf und patientenbezogener Planung entsprechend des Risikos * Sturzaspekt	Prophylaxemaßnahmen (entsprechend individuellem Risiko) 1. Beratung und Anleitung (Patient + Angehörige) zur Minimierung des individuellen Sturzrisikos 2. Rufanlage/Beleuchtung erklären 3. Erreichbarkeit von Rufanlage, Patientensachen und Hilfsmitteln gewährleisten 4. mit Räumlichkeit vertraut machen 5. Bett auf niedrigste Position/Wegfahrsperrung aktivieren 6. zur Nutzung von Hilfsmitteln anhalten (Unterarmstütze, Rollator, Brille,...) bei Bedarf Verordnung anregen 7. auf Sicherheit und Funktionstüchtigkeit von Hilfsmitteln achten und ggf. erläutern 8. kurzen Toilettengang ermöglichen → evtl. umschieben 9. Umgebung von Risikofaktoren befreien (bewegliches Mobiliar, nasser Boden, Kabel) 10. Schuhwerk auf Sicherheit prüfen, feste Schuhe empfehlen, ggf. Antirutschsocken anbieten 11. Passende Kleidung auswählen/empfehlen 12. Gehübungen in pfleg. Hdl. einbeziehen (in Absprache PT) 13. Flüssigkeitszufuhr kontrollieren (n. Mgl. 1,5l/d, wenn ärztl. nicht anders verordnet) 14. erforderliche Absprachen (interdisziplinäre Info) a. im Pflegeteam/Stationsarzt/Anbieter Hilfsmittel/Physiotherapie (Durchführung über Orbis -Cave-Funktion) b. Medikamente hinsichtlich ihrer Nebenwirkungen (sturzrelevant) prüfen c. ggf. Medikamentenänderungen anregen 15. Nachtbeleuchtung im Zimmer aktivieren/empfehlen 16. für Sicherheit beim Liegen, Sitzen, Mobilisieren sorgen (Bettseitenteile, Stühle mit Armlehne, Hilfsmittel) 17. Einsatz von Hüftprotektoren empfehlen und Anwendung erläutern/unterstützen 18. Aufstand in Begleitung 19. Bodenpflege (Pat. ebenerdig lagern und versorgen) Bewegungsunfähige Patienten/Neugeborene und Kleinkinder: 20. Patientenindividuelle Kontrollgänge planen, durchführen und dokumentieren	
		Nachsorge • eingeleitete Maßnahmen dokumentieren und auf Wirksamkeit prüfen	

Erstellt von Projektgruppe Sturz: Sept. 2008
 Kenntnis & Prüfung PT: 2008

Geprüft von Bereich QM: 10.2009
 Überarbeitung: 05.2010

Freigabe durch die Betriebsleitung am: 09.06.2010
 Unterschrift: Prof. Dr. med. D. M. Albrecht



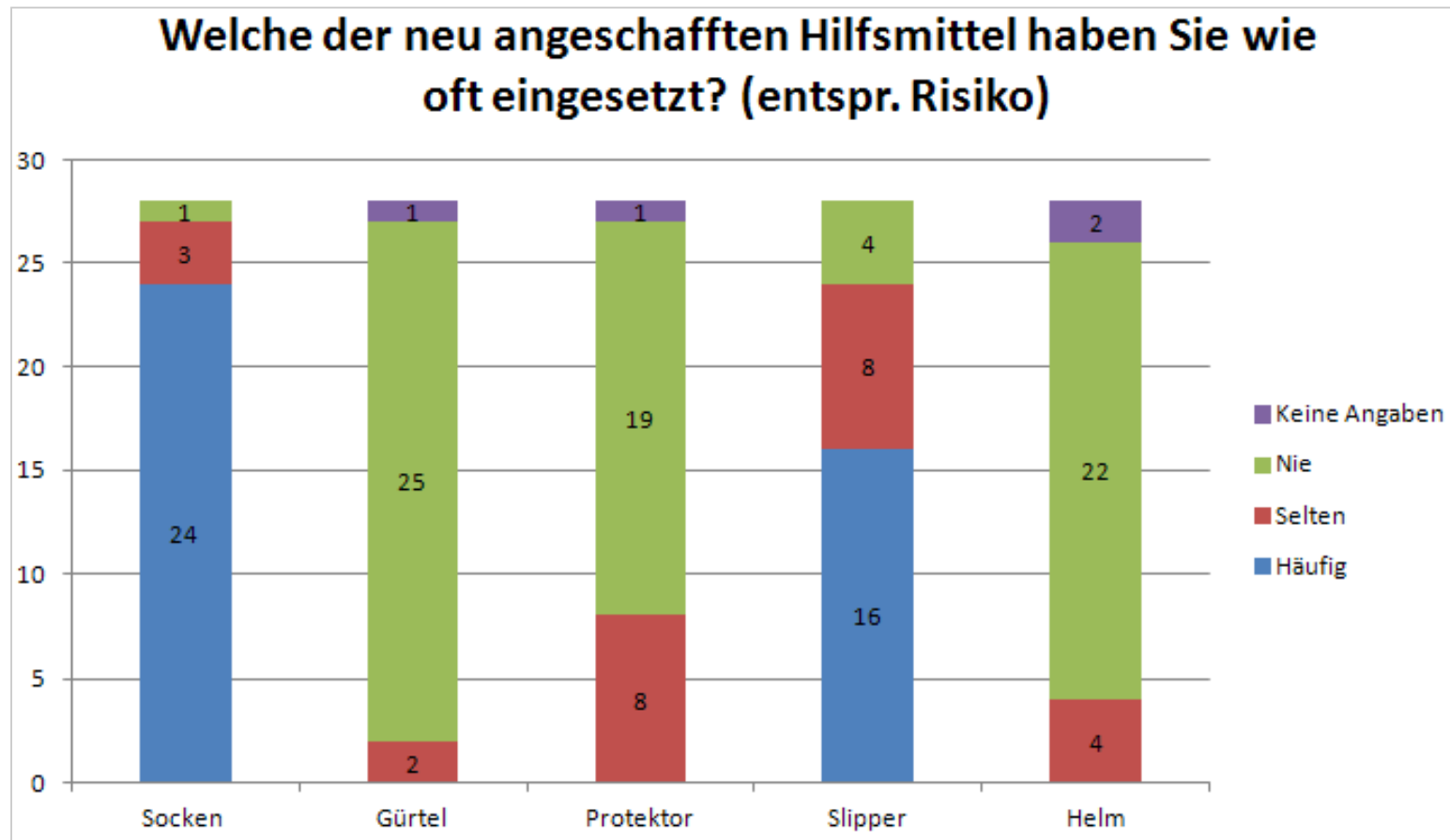
Entwicklungsphase

Hilfsmittelbeschaffung

- Erstellung eines Hilfsmittelkataloges in Zusammenarbeit mit dem GB Logistik

Hilfsmittel	Kosten
Mobilisationsgürtel (Romedic Haltegürtel Flexibelt)	159,90€/Stück
Hüftprotektorgürtel (Safehip-Aktiv)	59,80€ - 87,00€/Stück
Sturz-, Auffangmatten	55,00€ - 100,00€/Stück
Stopper-/Anti-Rutsch-Socken	8,00€ - 8,80€/Stück 5,50€/Stück (ab 60 Stück)

Entwicklungsphase Hilfsmittelbeschaffung



Entwicklungsphase

Hilfsmittelbeschaffung

- Entscheidung für eine zentrale Lagerung, mit Abruf über das Materialsystem nach Auswertung der geringen Nutzung auf den Teststationen
 - Hüftprotektoren, Schutzhelm, Anti-Rutsch-Socken, Pro-feet-slipper
 - Kosten von 4.350€ vs. 21.000€ bei flächendeckender Lagerung
- Bedeutung des „mangelnden“ Hilfsmiteileinsatzes
 - auf eine dezentrale Lagerung der Hilfsmittel wird verzichtet
 - Socken und Slipper sind SAP gelistet und durch Stationen abzurufen
 - Protektoren und Helme werden zentral vorgehalten und sind durch Stationen bei GB Logistik abrufbar

Entwicklungsphase

...das Sturzpaket wird rund



Entwicklungs-/Implementierungsphase

- UKD weites Roll out im Februar 2010 nach Freigabe durch die Betriebsleitung
 - Beschaffung der Hilfsmittel für das gesamte UKD
 - Durchführung von Schulungsveranstaltung (März 2010)
 - Anschreiben an die PDLs mit Versand der Standards
 - Bereitstellung der Schulungsinhalte im Intranet
 - Key User und Stationsleitungsinformation per Mail
- flächendeckende Nutzung für alle stationären Neuaufnahmen ab April 2010

Implementierungsphase

- Kritische Hinweise zu den Prophylaxemaßnahmen
 - generelle Kritik: bei nicht orientierten Patienten, ist die Wirksamkeit zu hinterfragen
 - Bodenpflege → praktische Umsetzung
 - Helme → geringe Akzeptanz durch Patienten
 - kurze Toilettenwege ermöglichen
 - passende Kleidung empfehlen → Definition
 - Hüftprotektoren zu selten einsetzbar
 - breitflächige Polsterung von Bett- und Umgebung → Sturzgefahr
Personal

Etablierungsphase

- Zielerreichung (2)
 - Ziele wurde erreicht. Allerdings wäre eine Einbindung des Sturzformulars von Beginn an notwendig
- Zufriedenheit des Auftraggebers (1)
 - Mit der Verabschiedung durch Steuerkreis und Betriebsleitung wurde das Projekt erfolgreich bestätigt
- Zufriedenheit des Projektleiters (3)
 - kritische Reflexion, da eine kontinuierliche Arbeit der Gruppe nicht immer gelang
 - zweiten Phase war durch die Abhängigkeit von externen Partnern eine kontinuierliche Arbeit nicht möglich.

Etablierungsphase

- Berücksichtigung relevanter Inhalte (2)
 - nachrangiges Sturzformular
- Einhaltung von Projektmanagementstandards (3-4)
 - Prinzipien des Projektmanagements wurden nicht konsequent eingehalten. Bsp. Meilensteinplan, Berichterstattung
- Teamarbeit, Zusammenarbeit im Projektteam (2)
 - zum Teil Motivationsprobleme in der Projektgruppe Phase 1
 - in der zweiten Phase mit jeweiligen Partnern sehr gut

Etablierungsphase

- Kommunikation / Informationsaustausch im Projekt (2)
 - Er-, Aus- und Überarbeitung im Wesentlichen nur im pflegerischen Kontext
- Zusammenarbeit mit Externen (1)
 - hervorragende Bereitschaft / Unterstützung seitens „externer“ Partner im Klinikum
- Ressourceneinsatz / Wirtschaftlichkeit des Vorgehens (1)
 - aufgrund der Evaluation der Pilotphase Reduktion von Investitionskosten, Erarbeitung Bestandteil des Tätigkeitsprofils
→ keine zusätzlichen Personalkosten

Etablierungsphase

Fazit I

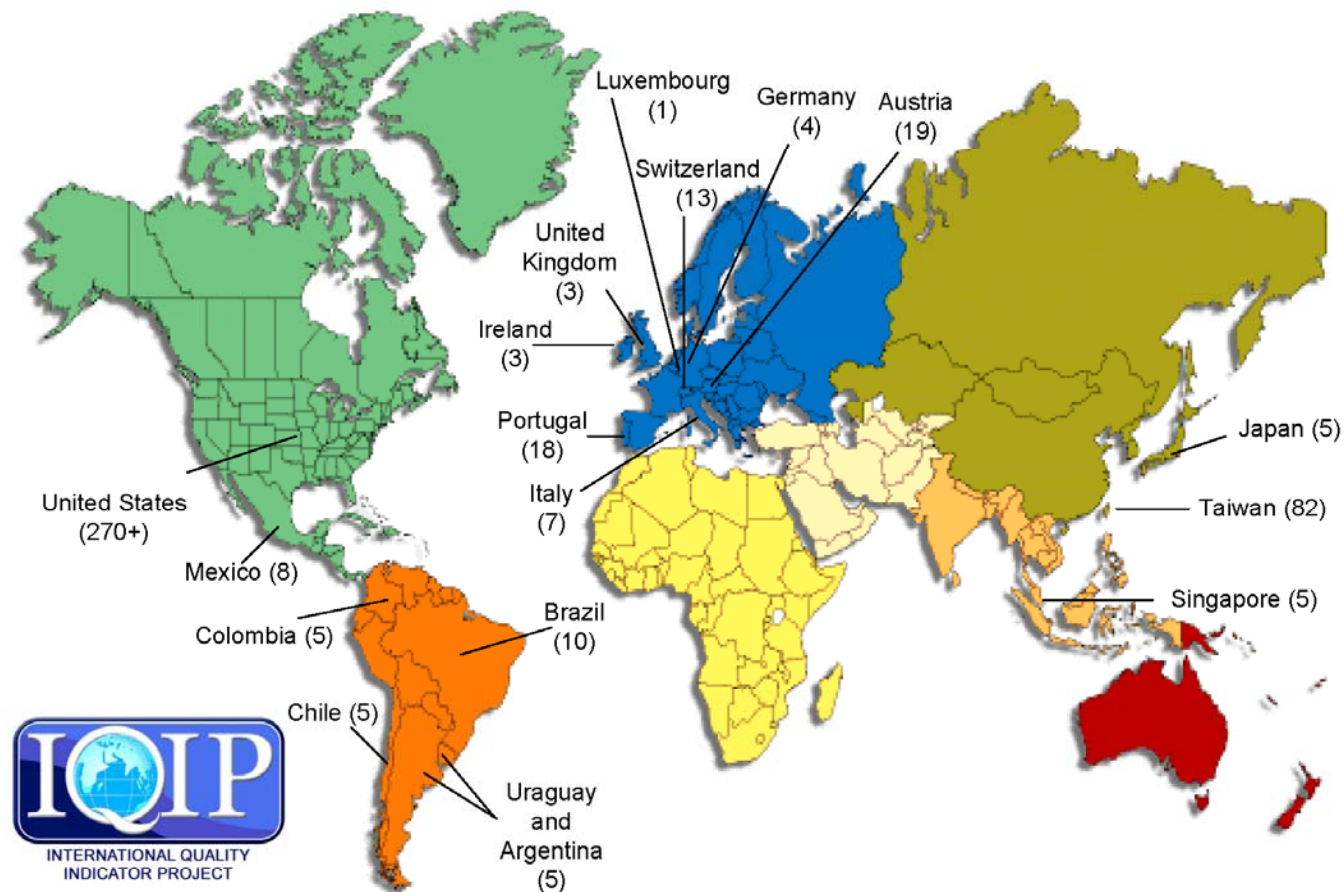
- Bereitschaft aller Beteiligten, sich auf das Thema einzulassen und auch trotz gelegentlicher Vorbehalte zu unterstützen
- Arbeitspakete wurden nicht wie geplant abgeschlossen und verzögerten den Gesamttablauf
- Hilfsbereitschaft und Fähigkeiten neu gewonnener oder jeweils einbezogener Partner/Mitarbeiter im Klinikum ist trotz hoher individueller Belastung immer vorhanden
- Abhängigkeiten von Arbeitspaketen im Projekt klarer analysieren und im Vorfeld deutlicher abstimmen

Etablierungsphase

Fazit II

- die elektronische Erstellung des Risikoformulars und Standards konnte durch den Klinik externen Partner nicht im geplanten Zeitraum erbracht werden und verzögerte sich um ein halbes Jahr
- Lieferschwierigkeiten der Hilfsmittellieferanten kurz vor Abschluss des Projektes verzögerten den Roll out
- Werkzeuge und Methoden des Projektmanagements wurden nur bedingt eingesetzt, hätten aber die aufgetretenen Probleme unter Umständen eher aufgezeigt und deren Bewältigung erleichtert

Reportmöglichkeiten Externe Qualitätssicherung



Reportmöglichkeiten

Externe Qualitätssicherung



- Teilnahme am International Quality Indicator Project (IQIP), u.a. im Qualitätsindikator 13 „Dokumentierte Stürze in der Akutversorgung“
- Sturzursache
 - Gesundheitszustand des Patienten, Behandlung/Medikation, Umgebungsrisiko, Sonstige Ursache
- Sturzfolge
 - Schwergrad 1, Schweregrad 2 und Schweregrad 3
- Akutpatienten mit zwei oder mehreren dokumentierten Stürzen

Reportmöglichkeiten

Externe Qualitätssicherung

- Auswertung der § 21 KHEntgG (Routinedaten) auf Grundlage der Patient Safety Indicators der Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

Qualitätsindikator	Patient Safety Indicator 08. Postoperative Schenkelhalsfraktur	
Definition	Identifikation von Patienten, die sich während der stationären Behandlung eine Schenkelhalsfraktur zugezogen haben	
Regel	<u>Zähler</u>	Behandlungsfälle, bei denen ein ICD-10 Kode für eine Hüftfraktur als Nebendiagnose dokumentiert wurde
	<u>Nenner</u>	<p>Alle chirurgischen Behandlungsfälle, die über spezifische DRGs und einen OPS-Kode für eine operative Prozedur definiert werden</p> <p><u>Ausschlüsse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a. Behandlungsfälle, bei denen ein ICD-10 Kode für eine Hüftfraktur als HD dokumentiert wurde b. Patienten, bei denen ein OPS-Kode für die Versorgung einer Hüftfraktur die einzige dokumentierte OR-Prozedur war c. Patienten, bei denen die Versorgung einer Hüftfraktur vor der ersten anderen OR-Prozedur durchgeführt wurde d. Patienten mit Erkrankungen oder Fehlfunktionen des Muskel- und Skelettsystems oder des Bindegewebes (MDC 8) e. Patienten, bei denen ein ICD-Kode für Epilepsie, Synkope, Schlaganfall, Koma, Herzstillstand, Vergiftung, Trauma, Delirium oder andere Psychosen oder hypoxischer Hirnschaden als HD dokumentiert wurde f. Patienten, bei denen ein Kode für eine metastasierende Krebserkrankung, eine maligne Erkrankung des Lymph- oder Skelettsystems oder eine selbst zugeführte Verletzung als HD oder ND dokumentiert wurde g. Schwangere Patientinnen in der MDC 14 h. Patienten, die jünger als 18 Jahre sind

Aktionsbündnis Patientensicherheit

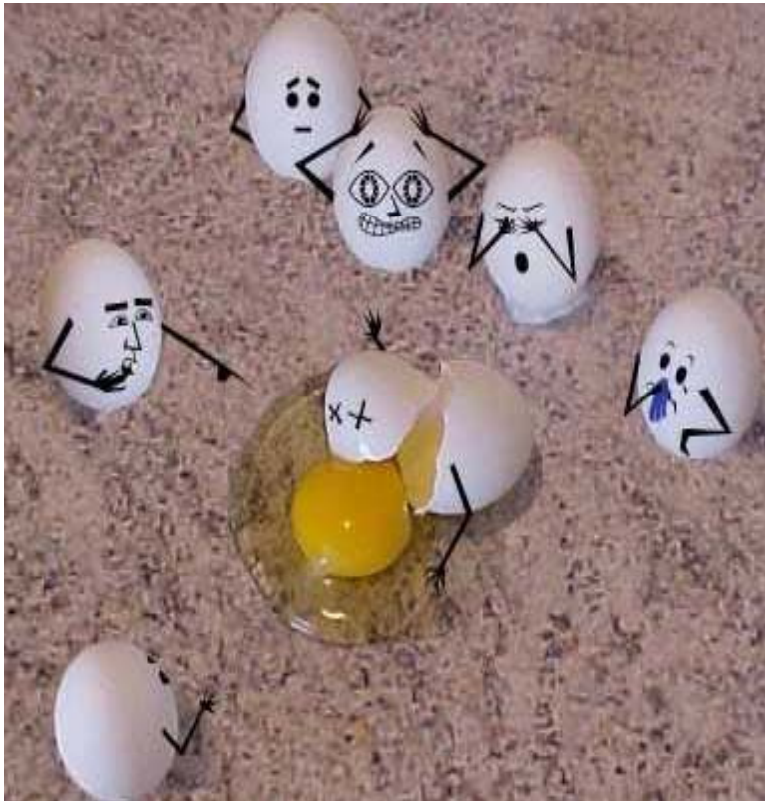
AG Der ältere Patient im Krankenhaus – Sturzprävention

■ Literaturrecherche und interne Evidenz

- aktuelle Empfehlungen sind unscharf definiert oder fehlen ganz (Sichtweise der Patienten und der Angehörigen)

■ Ziel

- Reihung vorhandener Empfehlungen nach einem festgelegten Kriterien-Katalog (Zielgruppe, Aktualität, Verständlichkeit, Umsetzbarkeit und Effektivität)
- im Rahmen einer AG eine Handlungsempfehlung für Angehörige und Patienten sowie eine Checkliste unter dem Motto „Haben Sie an alles gedacht?“, für Pflegende und Ärzte zu erstellen



„Dinge“ passieren...

...aber lassen Sie uns
darauf vorbereitet sein!



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Adresse:

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
an der TU Dresden AöR
Zentralbereich Qualitäts- und Med.
Risikomanagement
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Kontakt:

Thomas Petzold
Telefon: 0351 458-4540
Telefax: 0351 458-5847
thomas.petzold@uniklinikum-dresden.de
www.uniklinikum-dresden.de