

Qualitätsverbesserungsmassnahme: Sturzprävention in Spitälern und Kliniken

Ablauf Antrag	Datum
Eingereicht	07.08.2023
fachliche Anerkennung	27.11.2023
vertragliche Anerkennung	08.01.2024
Publikation	Januar 2024

Allgemeines

Qualitätsverbesserungsmassnahmen sind konkrete, systematische und von den Vertragspartnern anerkannte Massnahmen in Bezug auf Strukturen und Prozesse innerhalb eines Spitals oder einer Klinik. Sie haben zum Ziel, einen Teilaspekt der Behandlungsqualität und der Sicherheit von Patientinnen und Patienten in einem Handlungsfeld zu verbessern. Deren Wirkung in einem spezifischen Spital oder einer spezifischen Klinik wird im Rahmen des übergeordneten Qualitätskonzeptes des Handlungsfelds evaluiert und kontinuierlich verbessert. **Die QVM wird in den PDCA-Zyklus des Qualitätskonzeptes des Handlungsfelds integriert.** Diese Integration muss im Qualitätskonzept festgehalten und beschrieben sein.

1. Abgrenzung der Qualitätsverbesserungsmassnahme (QVM)

a) Name der Qualitätsverbesserungsmassnahme
Sturzprävention in Spitälern und Kliniken
b) Einordnung
<p>Stürze sind häufige Ereignisse im Spital: «Ein Sturz ist ein Ereignis, in dessen Folge eine Person unbeabsichtigt auf den Boden oder auf einer tieferen Ebene zu liegen kommt (WHO 2020).»</p> <p>2-12% der älteren Patient:innen stürzen während ihres Spitalaufenthaltes. 15-40% der gestürzten Patient:innen ziehen sich Verletzungen zu. Davon sind bis zu 6% schwere, behandlungspflichtige Verletzungen, wie zum Beispiel Hüftfrakturen. Dies bedeutet für die Betroffenen negative Folgen wie Schmerzen, Immobilisierung und längere Spitalaufenthalte. Für das Spital sind diese Ereignisse mit Kostenfolgen verbunden, bedingt durch die längere Aufenthaltsdauer.</p>
c) Ziel der Qualitätsverbesserungsmassnahme
<p>Die Sturzprävention hat zum Ziel, Stürze zu reduzieren und Sturzfolgen zu vermeiden oder zu verringern.</p> <p>Eine multifaktorielle Sturz-Risikoeinschätzung und Interventionsprotokolle reduzieren die Sturzrate signifikant. Interventionen sind gezielt anhand der individuellen Risikofaktoren der Patient:innen angepasst zu planen und durchzuführen und wenn möglich mit Edukation zu verbinden.</p> <p>Der Einbezug von Patient:innen ohne kognitive Beeinträchtigungen und deren Angehörigen in die Sturzprävention zeigt eine signifikante Reduktion von Sturzereignissen und Sturzverletzungen.</p>
d) Handlungsfelder
<p><input type="checkbox"/> Qualitätskultur <input checked="" type="checkbox"/> Patientensicherheit <input type="checkbox"/> Evidenzbasierte Entscheidungsfindung <input type="checkbox"/> Patientenzentriertheit</p>
e) Fachbereich(e)
<p><input checked="" type="checkbox"/> Akutsomatik <input checked="" type="checkbox"/> Psychiatrie <input checked="" type="checkbox"/> Rehabilitation</p>
f) Abgrenzung: Abteilungen/Bereiche, Professionen etc.
<p>Die Sturzprävention ist grundsätzlich eine interprofessionelle Aufgabe, bei der Gesundheitsfachpersonen (Ärzt:innen, Pflegefachpersonen, Therapeut:innen wie Physiotherapie und Ergotherapie, Neuropsycholog:innen, Ernährungsberatung und weitere) eng zusammenarbeiten.</p> <p>Wichtig ist die klinische Einschätzung durch erfahrene Pflegefachpersonen, Therapeut:innen und Ärzt:innen, die zeitnah nach Eintritt eine qualifizierte Aussage zum Sturzrisiko machen können und diese dokumentieren.</p> <p>Extrinsische, intrinsische, umgebungsbezogene und verhaltensbedingte Risikofaktoren sind, einzeln oder in Kombination, Ursachen für die meisten Stürze. Durch den Einsatz von Sturzrisiko-Assessments können diese Risikofaktoren interdisziplinär erfasst werden.</p>

2. Methodik, Entwicklung und Wirkung

a) Methodik der Qualitätsverbesserungsmassnahme

Die Sturzprävention in den Spitälern und Kliniken umfasst eine Risikoeinschätzung, Risikobeurteilung, Sturzprophylaxe innerhalb von 24 Stunden (oder sobald der klinische Zustand der PatientInnen dies erlaubt), sowie eine Poststurzanalyse nach eingetroffenem Ereignis und die Austrittsplanung.

Die Klinik oder das Spital definieren Zeitvorgaben, Verantwortlichkeiten etc. abhängig vom Patientenkollektiv und hält diese im Sturzpräventionskonzept fest. Des Weiteren ist festzulegen, ob diese Qualitätsverbesserungsmassnahme flächendeckend oder bei bestimmten Patientenkollektiven (z.B. aufgrund von Diagnosen, Behandlungspfad, Alter, Fachbereich, etc.) angewendet wird.

Für die Kontrolle der Umsetzung und Weiterentwicklung des internen Sturzpräventionskonzeptes wird ein Q-Verantwortlicher definiert.

1. Risikoeinschätzung

Gesundheitsfachpersonen schätzen bei jedem Eintritt zeitnah das aktuelle Sturzrisiko eines Patienten mittels validierten Screening-Assessments ein (empfohlen sind: ePA-AC, Morse Fall Scale, 6click Mobilität). Liegt gemäss der Ersteinschätzung kein erhöhtes Sturzrisiko vor, erfolgen allgemeine Massnahmen zur Sturzprävention (Instruktion Bett, Licht/Nachtlicht, Umgebungsorientierung, Schuhwerk, Gehhilfsmittel, Edukation zu Sturzprävention).

2. Risikobeurteilung

Wird das Sturzrisiko nach der Ersteinschätzung als erhöht eingestuft, werden in einer individuellen Abklärung die weiteren Risikofaktoren (intrinsische, extrinsische, umgebungsbezogene und verhaltensbedingte Faktoren) erfasst.

- Intrinsische Risikofaktoren sind «im Patienten/in der Patientin» selbst begründet und mehrheitlich pathophysiologischer Natur. Hierzu zählen beispielsweise eine muskuläre Einschränkung in der Mobilität, eine Beeinträchtigung der Kognition oder ein Sturz in der Vorgeschichte.
- Zu den extrinsischen Faktoren zählen Umgebungsfaktoren, die von aussen das Sturzrisiko des Patienten/der Patientin beeinflussen. Dies können einerseits Medikamente sein (beispielsweise Sedativa), andererseits auch schlecht angepasste oder schlecht eingesetzte Hilfsmittel (Stöcke, die zur Stolperfalle werden) oder falsches Schuhwerk.
- Umgebungsbezogene Gefahren stellen schlechte Beleuchtung, schlechtes Wetter und schwieriger Untergrund dar.
- Auch können verhaltensbedingte Faktoren – die Art und Weise wie die/der Patient:in die Aktivitäten ausführt – das Sturzrisiko erhöhen. Beispiele hierfür sind Eile beim Gang zur Toilette oder Ablenkung beim Treppensteigen.

Wird kein weiteres Sturzrisiko mit davon abgeleiteten Interventionen dokumentiert, obwohl in der Ersteinschätzung ein erhöhtes Sturzrisiko ersichtlich ist, muss dies in der entsprechenden Dokumentation begründet werden. Ein Grund ist beispielweise eine reduzierte Sehschärfe, welche mit einer geeigneten Brille, die auch getragen wird, korrigiert ist.

Der ärztliche Dienst kann weitere Abklärungen mittels entsprechender Verordnungen auslösen.

3. Sturzprophylaxe

Aufgrund der evaluierten Sturzrisiken (Risikobeurteilung) werden angepasste Massnahmen ausgelöst. Diese Massnahmen und eventuelle Instruktionen werden festhalten (z.B. als Verlaufsdocumentation).

Die Sturz- und Verletzungsprophylaxe orientiert sich am Grundsatz, dass die Kombination verschiedener gezielter, individuell angepasster Einzelinterventionen das Sturzrisiko sowie das Verletzungsrisiko mindern. Diese multifaktoriellen Interventionen, beispielsweise Balance- und Kraftübungen in Kombination mit einer Optimierung der Medikation, erzielen die besten Ergebnisse in der Sturzprävention.

Die Evaluation und allfällige Anpassung der sturzpräventiven Interventionen werden regelmässig (einmal wöchentlich empfohlen, z.B. im Rahmen der Visite), sowie beim Eintreten von Veränderungen vorgenommen. Dazu eignen sich die Patientenvisiten. Die besprochenen Massnahmen werden dokumentiert.

4. Poststurzanalyse & systematische Evaluation

Hat ein Sturzereignis stattgefunden, wird dieses mittels Sturzprotokollen erfasst. Die Zuständigkeiten und Massnahmen sind in klinikeigenen Dokumenten festgehalten (z.B. Pflegehandbuch oder Präventionskonzept).

Die Sturzprotokolle werden systematisch ausgewertet (z.B. Häufigkeit, eventuelle systembedingte Einflussfaktoren, etc.) und Verbesserungsmassnahmen abgeleitet.

5. Austrittsplanung

Liegt bei Austritt weiterhin ein erhöhtes Sturzrisiko vor, werden eine Instruktion bzw. die Abgabe eines Merkblatts zur Sturzprävention und die Empfehlung zur Weiterführung der empfohlenen Massnahmen durchgeführt, idealerweise spätestens 24 Stunden vor dem geplanten Austritt. Die Durchführung dieser Massnahmen wird festgehalten (ärztlicher Dienst/Pflegefachperson/Therapien). Relevante Ergebnisse der Risikoeinschätzung, Risikobeurteilung und Sturzprophylaxe (z.B. die erfolgte Beurteilung der Gangsicherheit und das entsprechend beurteilte Sturzrisiko) werden in den Austrittsberichten festgehalten.

6. Schulung / Wissenstransfer

Es wird sichergestellt, dass das Sturzpräventionskonzept allen beteiligten Mitarbeitenden bekannt ist und die entsprechenden Mitarbeitenden die Inhalte (v.a. Assessments, Sturzprotokoll, Massnahmen) kennen und korrekt anwenden. Dies trifft gleichermaßen für neue als auch langjährige Mitarbeitende zu.

Beilagen zur Methodik der Qualitätsverbesserungsmassnahmen





keine

b) Gestaltungsspielraum

Die Erfassung des Sturzrisikos ist sowohl in Akutspitälern als auch in Rehabilitations- und psychiatrischen Kliniken relevant. Das Spital bzw. die Klinik legt im Sturzpräventionskonzept fest, für welche Patientenkollektive die QVM angewendet werden. So kann das jeweilige spitaleigene Konzept bei intern definierten Gesundheitsfachpersonen vermittelt werden. Diese führen gemäss den Vorgaben des Konzeptes den Ablauf zur Erfassung des Sturzrisikos durch.

Um den Inhalt und die durchzuführenden Massnahmen den speziellen Bedürfnissen des jeweiligen Spitals/der jeweiligen Klinik anzupassen, wird ein individueller Gestaltungsspielraum benötigt.

Wir empfehlen, mit bestehenden validierten Assessments zu arbeiten (Beispiele sind in Punkt 2a genannt). Allerdings würde eine abschliessende Vorgabe von Assessments der Individualität des Spitals nicht gerecht.

c) Übertragbarkeit auf andere Abteilungen und/oder Spitäler			
Durch den individuellen Gestaltungsfreiraum, der in der QVM vorgesehen ist, kann das Konzept in alle Bereiche eingeführt werden, in denen Patient:innen in einem stationären Setting behandelt werden.			
d) Entwicklungsphase			
Selbstdeklaration: Die Qualitätsverbesserungsmassnahme ist...			
<input checked="" type="checkbox"/> ...praxisnah entwickelt worden.	<input checked="" type="checkbox"/> ...und ist durch mindestens ein <u>Pilotprojekt</u> erprobt.	<input type="checkbox"/> Nicht erfüllt	
	<i>Als ein Pilotprojekt gilt, wenn die QVM in mind. einem Spital oder Teilbereich eines Spitals umgesetzt und Erfahrungen dazu gesammelt wurden.</i>		
Praxisnahe Entwicklung durch direktbeteiligte Gesundheitsfachpersonen. Klinisch erprobt mit spitaleigenen Adaptationen (USZ, KSW, Stadtspital Triemli, Solothurner Spitäler, KSSG).			
e) Erwünschte Wirkung auf die Behandlungsqualität und/oder die Sicherheit von Patientinnen und Patienten			
Negative Folgen für die Betroffenen wie Schmerzen, Immobilisierung, Folgeoperationen und längere Spitalaufenthalte, können reduziert oder verhindert werden. Für das Spital werden die durch Sturzereignisse verursachten Mehrkosten reduziert.			
<i>Beilagen zur Wirkung bzw. Evidenz</i>			
Literaturverzeichnis			
<ul style="list-style-type: none"> - Matthew E. Growdon, MD, Ronald I. Shorr, MD and Sharon K. Inouye, MD: "<i>The Tension Between Promoting Mobility and Preventing Falls in the Hospital</i>"; JAMA Intern Med. 2017 June 01; 177(6): 759–760. doi:10.1001/jamainternmed.2017.0840 - Ann L. Hendrich (PhD, RN, FAAN), Angelo Bufalino (PhD), Clariencia Groves (DEng, CHDA): "<i>Validation of the Hendrich II Fall Risk Model: The imperative to reduce modifiable risk factors</i>"; Applied Nursing Research 53 (2020) 151243 - Montero-Odasso, Manuel, et al.: "World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative"; <i>Age and ageing</i> 51.9 (2022): afac205 - Beth Taylor, DCN, RD-AP, CNSC, FCCM; Heidi Tymkew, DPT, MHS, PT, CCS; Kara Vyers, BS; Madeline Taylor, BS; Wilhelmina Roney, MSN, RNEileen Costantinou, MSN, RN-BC: "<i>Implementation of Fall Preventions Over the Past 15 Years: Impact on Inpatient Injury and Insights for the Future</i>"; J Nurs Care Qual • Vol. 35, No. 4, pp. 365–371 - Christina Wapp, Anne-Gabrielle Mittaz Hager, Roger Hilfiker and Philippe Zysset: "<i>History of falls and fear of falling are predictive of future falls: Outcome of a fall rate model applied to the Swiss CHEF Trial cohort</i>"; 10.3389/fragi.2022.1056779 			
			
The tension between promoting	Validation of the Hendrich II Fall Risk	Implementation of fall preventions over	History of falls and fear of falling are pr

3. Umsetzung und Kosten

a) Register		
Sieht die QVM das Führen eines Registers oder mehrerer Register vor?	<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
b) Zertifizierung		
Sieht die QVM eine Zertifizierung vor?	<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
c) Lizenzen		
Sieht die QVM Lizenzen vor (z.B. Fragebogen, IT-System)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
d) Abschätzung des personellen und finanziellen Aufwands zur Umsetzung der Qualitätsverbesserungsmassnahme		
<p>Die Sturzprävention im Spital ist ein integrierter Bestandteil der Gesundheitszustandserfassung durch die Pflege (oder andere Gesundheitsfachpersonen). Diese Erfassung, die häufig mittels ePA-AC (oder anderen Assessments) durchgeführt wird, ermöglicht ohne zusätzlichen personellen Aufwand die Einschätzung des potenziellen Sturzrisikos. Die direkt umgesetzten Massnahmen können im normalen Tagesgeschäft integriert werden, benötigen aber einen einmalig höheren Aufwand von geschätzten 30 Minuten. Dies gilt auch für weitere Abklärungen durch den ärztlichen Dienst und die Therapien. umgesetzten Massnahmen und die entsprechenden Therapieerfolge werden an den Patientenvisiten besprochen. Hier können die Resultate und weitere Massnahmen interdisziplinär besprochen werden (Aufwand pro beteiligte Disziplin: 10 Minuten). Die Dokumentation dieser Besprechung wird festgehalten.</p> <p>Der zusätzliche Aufwand zur Erfassung des Sturzrisikos wird nicht durch eine entsprechende Anhebung des Case Mix Index CMI der Grunddiagnose abgegolten.</p> <p>Das Erfassen des Sturzrisikos und der damit verbundene zeitliche Mehraufwand lohnen sich trotzdem:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Sturzrisikoerfassung und die ausgelösten Massnahmen verhindern mögliche Stürze im Spital. Dadurch werden zeitliche, personelle und finanzielle Ressourcen entlastet. <p>Der Patient/die Patientin kann sich in einer sicheren Umgebung von seiner akuten Erkrankung erholen, die Aufenthaltsdauer bleibt optimiert</p>		

4. Überprüfung der Integration in das betriebsinterne Qualitätskonzept

<p><i>Die externe Prüfstelle überprüft, ob die QVM in das interne Qualitätskonzepts (PDCA-Zyklus) integriert ist. Für eine zielführende und faire Überprüfung dieser Integration sind hier Kriterien festgelegt.</i></p>
<p>Ein dem Bedürfnis des Spitals/der Klinik individuell angepasstes Konzept zur Sturzprävention besteht. Dieses beinhaltet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risikoeinschätzung/Risikobeurteilung/Sturzprophylaxe <ul style="list-style-type: none"> ○ die Definition des Patientenkollektivs, welches gescreent wird ○ die Assessmentinstrumente ○ Zeitfenster des ersten Assessments sowie die Überprüfungsintervalle

- risikobasierte Massnahmen (Standardmassnahmen oder angepasste präventive Massnahmen)
- Dokumentationsstandards, u.a. Begründung, wenn keine Intervention trotz erhöhten Sturzrisikos umgesetzt wird.
- Verantwortlichkeiten
- Poststurzanalyse & systematische Evaluation
 - Sturzprotokoll: Inhalt des Protokolls und technische Umsetzung
 - Vorgehen der systematischen Sturzprotokoll-Auswertung (v.a. in welchen zeitlichen Abständen diese stattfinden) und Ableitung von Massnahmen
- Austrittsplanung
 - Ergebnisse und Massnahmen vor Austritt sind dokumentiert.
 - Relevante Ergebnisse der Risikoeinschätzung, Risikobeurteilung, Sturzprophylaxe und allfällige Sturzereignisse sind im Austrittsbericht festgehalten.
- Schulung / Wissenstransfer
 - Schulungsintervalle sind bestimmt und stellen sicher, dass Sturzpräventionskonzept allen beteiligten Mitarbeitenden bekannt ist und die Inhalte (v.a. Assessments, Sturzprotokoll, Massnahmen) korrekt angewendet werden.

Die Umsetzung des Konzepts wird nachgewiesen anhand:

- der Patientendokumentation: Risikoeinschätzung, Risikobeurteilung, Sturzprophylaxe, Austrittsplanung
- der systematischen Evaluation der Sturzprotokolle, inkl. Ableitung von Massnahmen

Schulungsnachweisen

5. Antragsteller und Interessenskonflikte

Antragssteller (Institution)	Spitäler Schaffhausen Universitätsspital Zürich
<i>Beschrieb von allfälligen Interessenskonflikten des Antragsstellers</i>	
Es bestehen keine Interessenskonflikte.	