

Sturzereignisprotokolle – ein Baustein der Dokumentation

Haben Sie in Ihrer beruflichen Praxis schon Erfahrungen mit Stürzen von Bewohnern gemacht? Können Sie sich an ein solches Ereignis vielleicht auch noch gut erinnern?

Wenn ja, versuchen Sie doch einmal aus der Erinnerung heraus das nachfolgende Sturzereignisprotokoll auszufüllen, auch wenn Sie dabei nicht alle Punkte detailliert beantworten können.

Die folgenden Fragen sollen Ihnen einen Impuls geben, Ihre Erkenntnisse zu reflektieren:

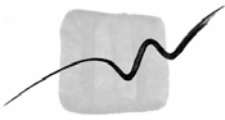
- Aus welchen Gründen werden Sturzereignisse überhaupt dokumentiert?
- Welche mit dem Sturz zusammenhängenden Aspekte werden im Protokoll erfragt?
- Was ist jeweils konkret damit gemeint?
- Warum sind diese Aspekte wesentlich?
- Was kann ich aus ihnen ableiten?

- Welche Fragen konnte ich ganz leicht beantworten, welche gar nicht?
- Worauf konzentrierte sich bisher meine Aufmerksamkeit bei Stürzen?

- Welchen besonderen Informationsgewinn verschafft mir ein genaues Sturzereignisprotokoll?
- Wie kann ich diese Informationen in meiner praktischen Tätigkeit sinnvoll verwerten?

Hinweis:

Die Verwendung nachfolgenden Sturzereignisprotokolls des Stadtspitals Waid in Zürich erfolgt mit freundlicher Genehmigung von René Schwendimann, Leiter Entwicklung und Qualität in der Pflege, Stadtspital Waid Zürich, Tièchestr. 99, 8037 Zürich.

**Sturzprotokoll** (Legende siehe Rückseite)

Sturzdatum	Sturzzeit	Station / Zimmer:
Sturzort	<input type="checkbox"/> Patientenzimmer <input type="checkbox"/> WC <input type="checkbox"/> Korridor	<input type="checkbox"/> anderer Ort _____
Fragen an den / die Patient/in nach dem Sturz		
Was haben Sie gerade getan, bevor Sie stürzten? (Nach Angaben der/des Patienten/in und/oder der Zeugen/Pflegenden): 		
Weitere Angaben (z.B. Benachrichtigung eines Arztes, Information von Angehörigen, Versicherungsmeldung etc.) 		
Sturzart <input type="checkbox"/> beim Stehen/Gehen <input type="checkbox"/> beim Aufstehen/Absitzen <input type="checkbox"/> aus dem Sitzen/Liegen (z. B. vom Stuhl/Bett gefallen)		
Sturzfolgen		
<input type="checkbox"/> Keine Verletzung	<input type="checkbox"/> Leichtere Verletzung	<input type="checkbox"/> Schwerere Verletzung
Art der Verletzung(en) / Fraktur(en): _____		
Massnahmen zu den Sturzfolgen		
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> beobachten	<input type="checkbox"/> körperliche Untersuchung
<input type="checkbox"/> Kompressen	<input type="checkbox"/> Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> Wundversorgung
		<input type="checkbox"/> Röntgen
		<input type="checkbox"/> Operation <input type="checkbox"/> andere: _____
Vorbestehende Risikofaktoren (Jede Frage beantworten!)		
Mobilitätsstörung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Früherer Sturz? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Veränderte Kognition? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Veränderte Ausscheidung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Sehstörungen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Psychopharmaka? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Schlafmittel? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Unsicheres Schuhwerk? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<input type="checkbox"/> Andere?: _____		
Bettgitter <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> langes Modell <input type="checkbox"/> kurzes Modell <input type="checkbox"/> einseitig <input type="checkbox"/> beidseitig		
Hüftprotektor <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> ja, getragen <input type="checkbox"/> ja, nicht getragen		
Datum: _____ Ausgefüllt durch: _____		
Situationsbeurteilung¹⁾ und Besprechung des weiteren Vorgehens²⁾ durch zuständige Pflegende und Arzt		
1) Warum stürzte der/die Patient/in?		2) Wie wird das Sturz- und Verletzungsrisiko in Zukunft vermindert?
Datum: _____ Visum Pflege: _____ Visum Arzt: _____		
Präventive Massnahmen (s. a. Legende auf der Rückseite) 		

Ist das Sturzprotokoll vollständig ausgefüllt?

Legende zum Sturzprotokoll

Definition: Als Sturz gilt ein "unfreiwilliges und / oder unkontrolliertes zu Boden sinken oder fallen" mit oder ohne Verletzungsfolge

Ablauf:

Patientenstürze werden in unserem Spital (unserer Klinik) routinemässig erfasst (Weisung X) und ausgewertet. Das Sturzprotokoll wird nach jedem registrierten Sturz durch eine diplomierte Pflegefachfrau / Pflegefachmann* (Lernende nach Rücksprache mit Dipl PF.) innerhalb 24 Std. mit Vermerk im Pflegebericht ausgefüllt. Die zuständige Pflegendende und der/die Arzt/Ärztin beurteilen das Sturzereignis gemeinsam. Das vollständig ausgefüllte Sturzprotokoll wird an die Pflegeleitung der Klinik weitergeleitet, diese quittiert den Erhalt mit einer Kopie zur Ablage in der Patientendokumentation (KG).

Die Personalien des/der Patienten /-in werden automatisch oben rechts aufgedruckt, sonst Druckprogramm Nr. 0 wählen.

Datum und Uhrzeit des Sturzes bei Unklarheit gilt der Zeitpunkt des Auffindens.

Station/Zimmer des Patienten, unabhängig vom Sturzort.

Sturzort Räumlichkeit/Örtlichkeit wo sich der Sturz ereignete.

Fragen an den/die Patient /-in nach dem Sturz

Patient/in fragen! (Aktivitäten, Befindlichkeit, Umstände etc. vor dem Sturz), falls Patient/in keine Auskunft geben kann ev. Angaben von Zeugen resp. der Pflegenden, die den/die Patientin/en auffindet.

Sturzfolgen

Keine Verletzung

Keine Schmerzen, Beschwerden, Wunden oder sonstigen erkennbaren Verletzungen.

Leichtere Verletzung

Verletzung, die innerhalb weniger Tage abheilen wird, z.B. Prellung mit Kopfschmerzen; kleine Abschürfung; Rötung oder blauer Fleck.

*Schwerere Verletzung**

Ernsthafte Verletzung z.B. alle Frakturen, Rissquetschwunden, Platz-/ Schnittwunden
(*Art der Verletzung benennen, z.B. Schenkelhalsfraktur, Platzwunde an der Stirn).

Später festgestellte, sturzbedingte Verletzungsfolgen nachtragen/resp. der Leitung Pflege melden.

Direkte Folgemaassnahmen

Massnahmen, die sich auf unmittelbare (potentielle) Sturzfolgen beim Patienten beziehen und von den Pflegefachleuten und/oder den /Ärzten ergriffen resp. verordnet werden.

Vorbestehende Risikofaktoren

- Mobilitätsstörung (unsicherer Gang, schlechter Stand, Gleichgewichtsstörungen etc.)
- Frühere Stürze (2 oder mehr Stürze in den letzten 6 Monaten)
- Veränderte Kognition (z.B. Verwirrtheit, Demenz, Depression, inadäquate Selbsteinschätzung)
- Veränderte Ausscheidung (z.B. häufiger Harndrang, Inkontinenz, DK, Blasenfunktionsstörung)
- Sehstörungen (z.B. Tiefenwahrnehmung, Blindheit)
- Psychopharmaka, Schlafmittel (Einnahme in den letzten 36h)
- Unsicheres Schuhwerk (z.B. Strümpfe, Socken, „Schlappen“ (inkl. barfuss))

Bettgitter bei Sturz vom/aus dem Bett (beim aufstehen, herausfallen etc.) Eintrag ob und welche Art von Bettgittern montiert waren.

Hüftprotektor (HP) Ankreuzen ob ein HP an Patient abgegeben wurde resp. ob der Patient den HP zum Zeitpunkt des Sturzes getragen hat.

Situationsbeurteilung und Besprechung des weiteren Vorgehens

Mittels der beiden Leitfragen beurteilen die zuständige Pflegendende (Pflegeteam) und der Stationsarzt die Situation zum Sturz und legen das weitere Vorgehen (konkrete Massnahmen) fest.

Präventive Massnahmen (Merkblatt „Interdisziplinäres Sturzpräventionsprogramm“ beachten)

Neue Massnahmen oder Fortsetzung der bereits getroffenen Massnahmen eintragen (inkl. Vermerk in der Pflegedokumentation).
Kein Eintrag bedeutet, dass in Folge des Sturzes keine präventiven Massnahmen geplant wurden!