



Sturzprophylaxe – in der ambulanten Pflege aus physiotherapeutischer Sicht

Anmerkung der Autoren

Dieses Skript erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es sind hierbei die wichtigsten Punkte unserer Ausführungen im Rahmen des Vortrages am 06.10.2009 zusammengefasst.

Einleitung

Kann eine sinnvolle Sturzprophylaxe durchgeführt werden, in dem man eine Reihe verschiedener Übungen dem Pflegepersonal an die Hand gibt?

Es wäre die einfachste Lösung, aber ein Erfolg wäre eher eine zufällige Angelegenheit. Deshalb empfehlen wir folgende Vorgehensweise.

Erkennung

Wie bei allen Erkrankungen ist die Früherkennung das Entscheidende. Hier sollten alle an der Pflege beteiligten Personen sensibilisiert werden. Patienten entwickeln sehr viele kompensatorische Bewegungs- bzw. Verhaltensmuster und sind somit sehr gut in der Lage ihre drohende Sturzgefahr zu kaschieren.

Die Risikoeinschätzung sollte deshalb auf einfache Parameter beruhen, um sehr zügig zu einem genauen Ergebnis zu kommen.

Hierbei helfen eine gute Anamnese und oftmals schon einfache funktionelle Tests.

Diagnose/Analyse

Eine einfache und schnelle Sturzrisikoeinschätzung gibt uns die multivariate Analyse.

Von besonderer Bedeutung sind die Merkmale, die unabhängig mit einer erhöhten Sturzhäufigkeit verbunden war. Dies sind drei Faktoren in der genannten Gruppe:

- häufige Inkontinenz
- eingeschränkte Sehfähigkeit
- Einschränkungen der Merkfähigkeit (Kurzzeitgedächtnis)

Lagen alle drei Risikofaktoren vor. War die Wahrscheinlichkeit eines Sturzes im nächsten Jahr über 90%! Waren die Patienten inkontinent oder hatten Sehbehinderungen lag auch hier das

Risiko bereits über 70 %. Hatten die Patienten eine Störung des Kurzzeitgedächtnisses waren aber noch kontinent und hatten keine Sehbeeinträchtigung lag das Risiko schon über 50 %. (Ulmer Untersuchung Sturzgefährdung und Sturzverhütung in Heimen)

In Kenntnis dieser Zahlen, sollten also hier schon bei den Betroffenen eine erste Maßnahme eingeleitet werden. Der erste Ansprechpartner wäre hier der Hausarzt, der weitere Maßnahmen zur Beurteilung bzw. Therapie einleiten kann.

Im Falle einer KG-Verordnung würde der Therapeut im Regelfall wie folgt vorgehen.

- Befund durch den Physiotherapeut
- Überprüfung neuromuskulärer und orthopädischer Defizite.
Hierzu gehören die Grundtests im Bereich der:
 - a) Beweglichkeit
 - b) Kraft
 - c) Gleichgewichts
 - d) Ausdauer (z.B. 2 Min. Walk).
- Die Beurteilung von Funktionen (z.B. allein von Bett vom Liegen bis in den Stand kommen), um zu erkennen was kann der Patient gerade noch und was kann er mit leichter Hilfestellung durchführen.

Weitere spezielle Befunderhebungen ergeben sich aus der Anamnese und den Ergebnissen der Grundbefunde.

Therapie

Die Therapie wird anhand des Befundes nach Gewichtung bezüglich der Hauptproblematik ausgewählt.

Der Therapeut wählt den adäquaten Trainingsreiz und erstellt einen Trainingsplan der im idealen Fall an ein Trainingsprotokoll gekoppelt ist.

Dabei sind Absprachen mit dem Pflegepersonal zur Integration von Übungen in die Pflege dringend erforderlich.

Zum Beispiel könnte ein Patient zur Schulung seines Gleichgewichtes das Waschen von Gesicht und Oberkörper im Stehen, anstelle wie bisher im Sitzen durchführen.

Auch die Empfehlung für Hilfsmittel sollte im Team Pflege, Arzt und Physiotherapeut entschieden werden.

Fortführung/ Kontrolle der Therapie

Einweisung von Familienangehörigen durch PT ins Trainingsprogramm und Übergabe von Aufgaben im Alltag.

Kontrolle Trainingsprotokoll/ stichprobenartig Übungen zeigen lassen durch Pflegepersonal.

¼ jährliche Kontrolle und Trainingsreizanpassung durch PT mit dem Erstellen von neuen Trainingsplänen.

Eventuelle Bildung von ambulanten Trainingsgruppen.

½ jährliche Auswertung der Ergebnisse zwischen Patienten, Pflege, Familienangehörigen und Physiotherapeuten.

Ziele

- Sicherheit bei ADLs !!!!
- Selbständigkeit & Unabhängigkeit fördern
- Erleichterung der Pflege für Pflegepersonal und Angehörige
- Soziale Kontakte
- Wohlbefinden

Wichtigste Praxismerkmale

- ärztliche Abklärung bzgl. Belastung und Kontraindikationen
- Belastung an der Grenze: Kraft, Gleichgewicht, Ausdauer -> ständiges Anpassen der Reize
- kein Training unter Schmerzen (evtl. Ausnahme Arthrose)
- Atmung – langsame Durchführung
- Gleichgewicht: hohe ASTE und mind. 30 Sek. Halten (Waschen im Stand ohne Halten)
- regelmäßiges Übungen – Trainingsprotokoll
- Krafttraining mind. 3 Tage Pause à 20-30 Min.
- Gleichgewichtstraining täglich
- Ausdauer: Motomed, Ergometer, Gehen mit Hilfsmittel/ Begleitperson