DACHVERBAND
WIENER SOZIALEINRICHTUNGEN

Evidenzbasierte Handlungs-leitlinien

Hautintegrität 5

Sturzprophylaxe 23

Kontinenzmanagement 43

Ernährungs- und Flüssigkeitsmanagement 63

Präambel

Die folgenden Handlungsleitlinien beschreiben praxisorientiert die im Qualitätsprogramm definierten Qualitätsindikatoren. Sie basieren auf .Evidence based Guidelines", die im Auftrag des Dachverbands erarbeitet wurden, und berücksichtigen damit den wissenschaftlich gesicherten State of the Art und zusätzliche aktuelle Literatur der Pflegepraxis.

Gliederung der Handlungsleitlinien

Die Handlungsleitlinien sind einheitlich strukturiert, um die Orientierung in den Dokumenten und die praktische Arbeit damit zu erleichtern:

Die **Einleitung** führt allgemein in die Thematik ein, stellt die Bedeutung des Handlungsfeldes für Bewohnerinnen, Angehörige und im Gesundheitswesen tätige Personen sowie im gesellschaftlichen Kontext dar. Die **Zielsetzung** führt die konkreten pflegepraktischen Ziele an, die durch den Einsatz der Handlungsleitlinie erreicht werden sollen. **Definitionen** schaffen die Begriffsklärung, die notwendig ist, um das aus verschiedenen Quellen stammende Wissen zusammenzuführen. Der Abschnitt **Risikofaktoren** lenkt das Augenmerk auf die kritischen Aspekte des jeweiligen Handlungsfeldes.

Inhaltlich ist jede Handlungsleitlinie entsprechend den Kriterien für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität aufgebaut und mit ergänzenden Erläuterungen komplettiert.

Der **Strukturstandard** definiert jeweils die materiellen, personellen und organisatorischen Voraussetzungen. Der **Prozessstandard** beschreibt das tatsächliche Handeln und das Verhalten der Pflege- und Betreuungspersonen. Der **Ergebnisstandard** markiert präzise und leicht verständlich den erwünschten Endzustand, der mit pflegerischen Maßnahmen erreicht werden soll.
Jeder Unterpunkt von Struktur- und Prozessstandard wird mit einer eindeutigen Zielsetzung eingeleitet, die Inhalte sind praxisgerecht erläutert (z. B. mit klassischen W-Fragen) und wichtige Anmerkungen zusätzlich gekennzeichnet. Literaturhinweise finden sich direkt im Text, eine Literaturliste findet sich im Anhang jeder Handlungsleitlinie.

Abgerundet wird jede Handlungsleitlinie mit einem **Übersichtsblatt,** das die einzelnen Punkte des Struktur-, Prozess- und Ergebnisstandards noch einmal aufführt. Zu beachten ist dabei, dass sich z. B. einzelne Strukturpunkte auf mehrere Prozesspunkte beziehen können und umgekehrt. Um Doppelgleisigkeiten zu vermeiden, wurde hier keine strikt tabellarische Darstellung gewählt.

Weg der Erarbeitung

Die Handlungsleitlinien wurden in einer Arbeitsgruppe, bestehend aus Mitarbeiterinnen verschiedener Organisationen und des Dachverbands sowie einer externen Moderatorin, erstellt und jeweils inhaltlich im Patinnensystem vorbereitet.

Nach der Erstellung wurde jede Handlungsleitlinie einem Praxistest unterzogen. Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKPP) in unterschiedlichen Funktionen sowie Expertinnen der Organisationen beurteilten die Praktikabilität und Umsetzbarkeit der Inhalte. Besonders wichtig für die Arbeitsgruppe war das Feedback bezüglich der Inhalte, die derzeit noch nicht überall umgesetzt sind und im Sinne der Pflegequalitätsentwicklung notwendig sind. Der Umstand, dass diese pflegepraktische Expertise erfolgreich in den Entstehungsprozess der Handlungsleitlinien hereingeholt werden konnte, ist ein Garant für ihre Praxistauglichkeit.

Ergänzende Erklärungen zu inhaltlichen Punkten der Handlungsleitlinien

Wissensmanagement: Entsprechend der EBN-Expertise bzw. den gesetzlichen Festlegungen können in den Handlungsleitlinien Anforderungen an die Qualifikation der Mitarbeiterinnen angeführt sein. "Kompetente Ansprechperson" meint einen/eine Mitarbeiterin mit speziellen Kompetenzen im Themengebiet. Inwieweit Einrichtungen für die Qualifikation dieser Ansprechperson Festlegungen treffen, wird von der Handlungsleitlinie nicht berührt.
"Einheitliches Basiswissen der Pflegepersonen" meint die gesetzlich geforderte Grundqualifikation, eventuell ergänzt um Kenntnisse und Fähigkeiten gemäß dem Konzept der Einrichtung.

Risikoeinschätzungsinstrumente: Die einrichtungseinheitliche Verwendung von Risikoeinschätzungsinstrumenten wird in den Handlungsleitlinien gefordert, nicht jedoch der Einsatz bestimmter Instrumente. Diese Festlegung obliegt den einzelnen Einrichtungen. Prinzipiell wichtig für den Einsatz von Risikoskaien ist, dass sie weder die fachliche Expertise noch ein klinisches Urteil ersetzen, sondern richtig eingesetzt als Gedankenstütze und Absicherung eines nachvollziehbaren Ablaufs dienen.

Dokumentation: Die Handlungsleitlinien gehen von einer fachgerechten Dokumentation entsprechend den gesetzlichen Vorgaben aus. Ob handschriftlich, in der EDV, mit Hilfe von Standardsoftware oder mit eigenen Entwicklungen der Einrichtungen dokumentiert wird, wird von den Handlungsleitlinien nicht berührt.

Hilfsmittel und Umgebungsbedingungen: Diese Aspekte haben in den einzelnen Handlungsleitlinien eine sehr unterschiedliche Wertigkeit. Stehen z. B. bezüglich Dekubitus Hilfsmittel im Vordergrund, so definieren beim Thema Sturz vor allem die Umgebungsfaktoren die Ansprüche und Bedingungen des pflegerischen Handeins.

Multiprofessionelle Zusammenarbeit: Ohne multiprofessionelle Zusammenarbeit stößt die Umsetzung jeder Handlungsleitlinie an enge Grenzen. "Kompetente Ansprechpersonen" können einer anderen Berufsgruppe als der Pflege angehören, die einrichtungsspezifischen Abläufe bezüglich ärztlicher An- und Verordnung können entscheidend zur Vorbeugung gegen und Vermeidung von Risiken für die Bewohnerinnen beitragen, und nicht zuletzt sind multiprofessionelle Besprechungen bzw. gut geregelte Informationsflüsse wichtige Schritte auf dem Weg zur Qualitätssicherung.

Information, Beratung und Anleitung der Bewohnerinnen sind laut Gesetz zentrale Funktionen der Pflege und Betreuung, auf die der/die Bewohnerln ein Recht hat.
Die Handlungsleitlinien gehen darauf ein, auch bezogen auf eine gegebenenfalls vor-

handene Vertrauensperson. Sie betonen die Bedeutung von unaufgeforderter Information, aktivem Einbeziehen der Bewohnerinnen und dem Recht auf Zustimmung zu oder Ablehnung von Maßnahmen. Schlüsselbegriffe dafür sind "Selbst- und Dependenzpflegekompetenz" . "Selbstpflegekompetenz" meint die Fähigkeit eines Menschen, sich an der eigenen Selbstpflege zu beteiligen. .Dependenzpfleqekornpetenz" ist eine komplexe, erlernte Fähigkeit, einige oder alle Selbstpflegeerfordernisse von Erwachsenen zu erkennen und zu erfüllen, welche gesundheitlich bedingte Einschränkungen der Selbstpflegekompetenz aufweisen.

Fachgerechte Durchführung der Pflegeinterventionen: Nach McCloskey (1992) sind Pflege interventionen "jede direkte pflegerische Maßnahme (‚treatment'), die eine Pflegefachkraft im Interesse des Patienten durchführt. Diese Maßnahme setzt sich zusammen aus von der Pflegefachkraft veranlassten Maßnahmen auf der Basis von Pflegediagnosen, vom Arzt auf der Basis von medizinischen Diagnosen veranlassten Maßnahmen und der Übernahme von Alltagsfunktionen, die der Patient nicht selbständig ausführen kann".
Die fachgerechte Durchführung der Pflegeinterventionen stellt jeweils das praktische Herz der Handlungsleitlinie dar, flankiert von Planung, Dokumentation und Evaluierung - sämtlichen Schritten des Pflegeprozesses. Jede konkrete Maßnahmensetzung beruht natürlich - bei aller gewünschten und sinnvollen Standardisierung - auf der Berücksichtigung von soziokulturellem Hintergrund, Bedürfnissen, Ressourcen und Fähigkeiten der Bewohnerinnen.

Mobilität/Immobilität

Einleitung

Beim Menschen nehmen durch die normalen Alterungsprozesse Kraft, Beweglichkeit, Reaktionsgeschwindigkeit, Gleichgewichtsreaktionen, Sinneseindrücke und Feinmotorik ab. Alles das kann zu einer eingeschränkten Beweglichkeit führen.

Viele Erkrankungen können Mobilitätseinschränkungen zur Folge haben.

Bewegungseinschränkungen und/oder -störungen von Bewohnerinnen sind für die Betreuung und Pflege von großer Bedeutung, da sich daraus Folgeprobleme im psychosozialen und physischen Bereich ergeben können.

Die Folgen können verringerte Selbstständigkeit in der Ausführung der Lebensaktivitäten und daraus resultierend Pflegebedürftigkeit, Rückzug, verminderte Lebensqualität, die Notwendigkeit fremder Hilfe bis hin zur Immobilität sein.

Die Gefahr von Stürzen und das Risiko von Folgeerkrankungen wie Pneumonie, Thrombose, Kontrakturen, Ernährungsmangel oder Dekubitalgeschwüren steigen. *(vgl. Qualitätsprogramm für Wien* er *Wohn- und Pflegeheime,* 2007, S. 30)

Zielsetzungen

- Erhalt und Förderung der Mobilität
- Erhalt und Verbesserung der Restmobilität

Definition

Mobilität bezieht sich auf die Fähigkeit zur aktiven Bewegung. Sie gehört zu den Aktivitäten des täglichen Lebens und hat zusammen mit anderen Faktoren, z. B. der kognitiven Leistungsfähigkeit, Einfluss auf die anderen ATL.

Zur Einschätzung können verschiedene Instrumente zur Anwendung kommen.

Zum Beispiel Klassifikation nach Jones

- 0 = selbstständig,
  auch in der Verwendung von Hilfsmitteln, es ist keine direkte Pflegeleistung zu erbringen.

- 1 = großteils selbstständig,
  der/die Patientln bedarf nur geringer Hilfestellung und/oder Anleitung, direkte Pflegeleistungen sind nur in geringem Ausmaß zu erbringen.
- 2 = teilweise selbstständig,
  teilweise auf Hilfestellung/Anleitung angewiesen; der/die Patientln ist etwa zu 50 % selbstständig, das Ausmaß der zu erbringenden direkten Pflegeleistung/Anleitung liegt ebenfalls bei 50 %.
- 3 = geringfügig selbstständig,
  der/die Patientln beteiligt sich nur in geringem Ausmaß an der Aktivität und ist großteils auf Hilfestellung/Anleitung angewiesen, er/sie ist kooperativ.
- 4 = unselbstständig/abhängig,
  der/die Patientln ist nicht in der Lage, sich an der Aktivität zu beteiligen, und ist vollständig abhängig; bzw. mehrmals täglich sind intensive Selbsthilfetrainings mit maximaler Unterstützung und Anleitung zu absolvieren; bzw. wie in Grad 3, jedoch zeigt der/die Patientln unkooperatives Verhalten bei der Pflege.

(vgl. Praxis der Pflegediagnosen, 2000, S. 225)

Risikofaktoren

- Lebensstil
  - Falsche Ernährung
  - Bewegungsmangel
  - Rauchen
  - Übergewicht/Fettleibigkeit
- Erkrankungen, die mit Mobilitätseinschränkungen einhergehen können
  - Diabetes mellitus
  - Hohes Cholesterin
  - Seh- und Hörbeeinträchtigung
  - Muskuloskeletale Erkrankungen
  - Arthritis
  - Osteoporose
  - Neurologische Erkrankungen
  - Demenz
  - Depressionen
  - Kognitive Beeinträchtigungen
  - Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Hypertonie, koronare Herzkrankheit ...)
  - Atemwegserkrankungen
- Soziale Faktoren
  - Männer (geringere Lebenserwartung)
  - Wissensdefizit bzgl. Gesundheitsrisiken und gesunden Verhaltens
  - Umgebungsfaktoren
- Medikamenteneinnahme (Neben- und Wechselwirkungen)

(vgl. EbG, 2010, S. 43 *ff.)*

1 STRUKTURSTANDARD

Der Strukturstandard definiert die materiellen, personellen und organisatorischen Voraussetzungen.

S 1 Notwendige Qualifikationen liegen vor.

Zielsetzung:

- Die Betreuung und Pflege der Bewohnerinnen wird durch Personal geleistet, dessen Qualifikation die gesetzlichen Vorgaben erfüllt.

Unterschiedliche Betreuungs- und Pflegeinterventionen bzgl. der Mobilität verlangen entsprechend den gesetzlichen Vorgaben unterschiedliche Qualifikationen.

- **Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege**
  § 14 GuKG i. d. g. F.
  Anordnungs- und Durchführungsverantwortung
  - Pflegeassessment/Risikoeinschätzung, Pflegediagnostik, Pflegeplanung, Pflegeevaluation
  - Anleitung und Überwachung von Auszubildenden, Pflegehelferinnen und Fach-Sozialbetreuerl nnen, Heimhelferl nnen

  § 15 GuKG i. d. g. F.
  Durchführungsverantwortung hinsichtlich ärztlicher Anordnungen
  § 16 GuKG i. d. g. F.
  Vorschlags- und Mitentscheidungsrecht
  Durchführungsverantwortung für alle in diesem Bereich gesetzten pflegerischen Maßnahmen

- **Pflegehelferinnen**
  § 84 (2), (4), (5) GuKG i. d. g. F.

- **Fach-SozialbetreuerInnen**
  mit integrierter Pflegehilfeausbildung (§ 8 WSBBG, 2008, und WSBBG-VO 2008, i. d. g. F.)

S 2 Die Institution verfügt über Mitarbeiterinnen (multiprofessionell) bzw. externe Expertinnen mit spezieller Fach-, Methoden- und sozial kommunikativer **Kompetenz.**

Zielsetzungen:

- Aktuelles Fachwissen wird in die Institution eingebracht.
- Aktueller Wissensstand ist gewährleistet.
- Kompetente AnsprechpartnerInnen sind vorhanden.

S 3 Spezifische Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen werden angeboten.

Zielsetzung:

- Ein einheitliches aktuelles Basiswissen der Pflegepersonen ist vorhanden.

Wie:

- Laufende Schulung und Fortbildung für alle Mitarbeiterinnen
- Interne und/oder externe Fortbildungsangebote

Inhalte:

- Risikofaktoren und Pathophysiologie
- Einsatzmöglichkeiten der in der Institution verwendeten Einschätzungsinstrumente
- Kenntnis der Hilfsmittel und Heilbehelfe (z. B. Schienen ...)
- Bewegungs- und/oder Trainingsprogramme
  - Bewegungsunterstützende Konzepte, z. B. Kinästhetik'", Bobath'P
- Auswirkung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen auf Mobilität

S 4 Die Institution verfügt über ein einheitliches Vorgehen zur Einschätzung der Mobilität.

Zielsetzung:

- Eine fachlich korrekte systematische Einschätzung ist gewährleistet.

~Standardisierte Vorgehensweisen bei der Einschätzung der Mobilität können nur als Hilfe fungieren und nicht das Fachwissen ersetzen.

S 5 Spezifisches Dokumentationsmaterial (Papierform oder EDV) ist vorhanden.

Zielsetzungen:

- Eine nachvollziehbare, einheitliche Dokumentation ist gewährleistet.
- Für sämtliche Schritte der Planung, Anordnung und Durchführung liegen Nachweise vor.
- Die Kontinuität der Pflege ist gewährleistet.

Womit:

Materialien zur standardisierten Dokumentation sollen vorhanden sein für:

- Mobilitätseinschätzung
- Pflegediagnostik, Pflegeplanung, Bewegungsplanung
- Durchführungsnachweis
- Evaluierung, Pflegebericht
- Ärztliche AnordnungNerordnung
- Anordnung einer Freiheitsbeschränkung

S 6 Geeignete Hilfsmittel sind verfügbar.

Zielsetzung:

- Passende Hilfsmittel kommen umgehend nach Erkennen des Bedarfs zur Anwendung.

Was:

- Hilfsmittel für eine sichere Mobilität

S 7 Eine institutionelle Regelung zur multiprofessionellen Zusammenarbeit und Information aller direkt in die BewohnerInnenbetreuung involvierten Berufsgruppen ist vorhanden.

Zielsetzungen:

- Alle involvierten Berufsgruppen können ihr Wissen einbringen.
- Berufsgruppenübergreifendes Expertinnenwissen kann genutzt werden.
- Die Maßnahmenplanung ist für alle nachvollziehbar.
- Die Umsetzung der Maßnahmen ist gewährleistet.

Beteiligte Berufsgruppen:

- Pflegepersonen, Ärztinnen, Therapeutinnen ...

Wie:

- Schriftlich über Dokumentation
- Mündlich im Rahmen von Visiten, festgelegten Besprechungszeiten, multiprofessionellen Fallbesprechungen ...

S8Informations-, Beratungs- und Anleitungsunterlagen sind für Bewohnerln und ggf. Vertrauensperson oder weitere Betreuungspersonen dem individuellen Bedarf entsprechend vorhanden bzw. organisierbar.

Zielsetzung:

- Im Anlassfall können die betroffenen Personen unter Verwendung verständlicher Materialien informiert, beraten und angeleitet werden.

Wer:

- Bedarfsfeststellung erfolgt durch die betreuende DGKPP.

Womit:

- Zum BeispiellnformationsbroschürenGebrauchsanweisungen für diverse Hilfsmittel, Pflegedokumentation ...

S 9 Es ist institutionell geregelt, dass die ärztliche AnordnungNerordnung zeitgerecht zur Verfügung steht.

Zielsetzungen:

- Rechtssicherheit ist gewährleistet.
- Fehler werden durch klare, unmissverständliche Anordnung vermieden.
- Entsprechende Hilfsmittel und Heilbehelfe sind zeitgerecht vorhanden.
- Schnellstmögliche Versorgung mit den dafür vorgesehenen Medikamenten ist gesichert.

2 PROZESSSTANDARD

Der Prozessstandard beschreibt das tatsächliche Handeln (Ablauf) und Verhalten der Pflegeperson .

P 1 Die Einschätzung der Mobilität erfolgt anhand des in der Institution verwendeten Pflegeassessments sowie an hand der fachlichen Expertise durch die DGKPP.

Zielsetzungen:

- Die Mobilität ist eingeschätzt.
- Einschränkungen werden erkannt.
- Immobilitätsbedingte Faktoren werden erfasst.
- Geeignete Pflegeinterventionen werden angewandt.
- Individuell passende Hilfsmittel und Heilbehelfe stehen zur Verfügung.

Wann/wie oft:

- Binnen 24 Stunden nach Eintritt/Wiederaufnahme (z. B. nach Krankenhausaufenthalt ...) in die Institution
- Bei Veränderung des Allgemeinzustandes
- Regelmäßige Kontrollintervalle nach Maßgabe pflegerischer qualitätssichernder Notwendigkeiten durch DGKPP

Inhalte:

- Einschätzung der Mobilität (z. B. nach Jones)
- Identifikation der Risikofaktoren (inkl. Berücksichtigung der Grunderkrankung)
- Erfassung immobilitätsbedingter Faktoren
- Derzeit verwendete Hilfsmittel

P 2 Bewohnerln und ggf. Vertrauensperson werden über die festgestellten Risikofaktoren und die durchzuführenden bzw. gesetzten Pflegeinterventionen informiert und nach Maßgabe ihrer Möglichkeiten einbezogen.

Zielsetzungen:

- Die Auskunftspflicht lt. § 9 GuKG wird berücksichtigt.
  (Auskünfte über sämtliche pflegerischen Maßnahmen müssen unaufgefordert erteilt werden.)
- Bewohnerln und ggf. Vertrauensperson werden im Rahmen ihrer individuellen Möglichkeiten über die durchzuführenden bzw. gesetzten Pflegeinterventionen informiert.
- Bewohnerln und ggf. Vertrauensperson können sich entsprechend den individuellen Möglichkeiten aktiv einbringen.
- Der/Die Bewohnerln kann die Pflegeinterventionen ablehnen.

Wer:

- Einschätzungsergebnis: DGKPP
- Durchführende Pflegeperson

Wie/was:

- Es obliegt der sozialen und fachlichen Verantwortung der Pflegeperson zu entscheiden, in welcher Form die Information erfolgt.
- Es gilt, den soziokulturellen Hintergrund, die Bedürfnisse, Ressourcen und kognitiven Fähigkeiten des/der Bewohnerln und ggf. Vertrauensperson zu beachten.

Dokumentation (Pflegeplanung, Durchführungsnachweis, ggf. Pflegebericht):

- Durchgeführte Information
- Getroffene Absprache mit Bewohnerln und ggf. Vertrauensperson
- Begründung der Ablehnung der Pflegeinterventionen durch den/die Bewohnerln

P 3 Eine individuelle Pflegeplanung wird erstellt.

Zielsetzung:

- Der/Die Bewohnerln wird unter Berücksichtigung vorhandener Ressourcen seinen/ihren Bedürfnissen entsprechend fachgerecht aktiviert, betreut und gepflegt.

Wer:

- DGKPP

Wann:

- Bei erhobener Mobilitätseinschränkung

Inhalte:

- Aktuelle Pflegediagnose(n) und/oder Risikopflegediagnose(n) (frei formuliert oder klassifiziert)
- Ressourcen
- Zielsetzung
- Kontrollintervalle/Zeitgrenzen
- Maßnahmen aus dem eigenverantwortlichen und mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich (z. B. Medikamente, freiheitsbeschränkende Maßnahmen ...)

-+Wird von der Maßnahmenplanung (bzgl. Zeitpunkt, Häufigkeit ...) abgewichen, ist dies im Pflegebericht zu begründen.
-+Koordination im multiprofessionellen Team

P 4 Pflegeinterventionen werden fachgerecht durchgeführt.

Zielsetzungen:

- Erhalt der Mobilität
- FörderungNerbesserung der Mobilität und der physischen Funktionen
- Wiedererlangung der Mobilität
- Unterstützung bei der Anpassung an irreversible Funktionsverluste
- Vermeidung von Folgen eingeschränkter Mobilität

Wer:

- DGKPP
- Pflegehelferln
- Weitere Betreuungspersonen

Wie:

- Motivation des/der Bewohnerln
- Anleitung, Begleitung, Unterstützung und/oder Übernahme bzgl.
  - Gehen, Stehen, Sitzen
  - Transfer
  - Lagerung
- Auswahl und Durchführung prophylaktischer Maßnahmen entsprechend pflegerischen qualitätssichernden Notwendigkeiten (z. B. Pneumonie, Kontrakturen, Thrombose ...)
- Siehe Handlungsleitlinien "Ernährungs- und Flüssigkeitsmanagement" , .HautInteqrität" , .Kontinenzmanaqernent" , "Sturzprophylaxe" , .Freiheitsbeschränkende Maßnahmen", "Schmerzmanagement"

Dokumentation:

- Pflegebericht, Pflegeplanung, Durchführungsnachweis

P 4.1 Management von chronischen Krankheiten

Krankheiten, besonders wenn sie chronisch sind, können Ursache für funktionelle Einschränkungen im Alter sein. Es ist wichtig, dass sich Maßnahmen auf ein effektives Management von chronischen Krankheiten ausrichten.
(vgl. EbG, 2010, *S. 52)*

P 4.2 Kognitive Beeinträchtigung

-+Ein physisches und kognitives Aktivitätsprogramm kann die kognitiven Fähigkeiten verbessern (z. B. Bewegungsrunden, Gedächtnistraining, Sitztanz ...).
Auch ist eine bedingte Verbesserung von spezifischen Alltagsaktivitäten (Mobilität, Essen, Ankleiden) möglich.
(vgl. EbG, 2010, S. 57 *f.)*

P 4.3 Medikamentenreview

Medikamente, die zu Verwirrung, Stürzen, Verhaltensänderungen und somit zu Mobilitätseinschränkungen führen können:

- Kreislaufwirksame Medikamente
- Beruhigungsmittel
- Neuroleptika
- Antidepressiva

(vgl. EbG, 2010, *S. 52)*

Wer:

- Ärztin: Anordnungsverantwortung
- DGKPP: Durchführungsverantwortung

Zielsetzung:

- Rückmeldung über Wirkung/Wechselwirkung der Medikamente

P 4.4 Rehabilitativ/funktionserhaltend orientierte Pflege

Zielsetzungen:

- Erhalt bestehender Funktionen
- Wiederherstellung beeinträchtigter Funktionen
- Verhinderung bzw. Verzögerung des fortschreitenden Verlusts
- Unterstützung bei der Anpassung an irreversible Funktionsverluste

(vgl. EbG, 2010, *S. 52)*

Wer:

- DGKPP
- Pflegehelferln
- Therapeutln
- Weitere Betreuungspersonen

P 4.5 Hilfsmittel

Wer:

- Verordnung durch den/die Ärztin
- Beratung durch Expertinnen (z. B. Bandagistln, Therapeutln, Fachärztin ...)
- Schulung im Umgang durch Therapeutln und/oder DGKPP
- Laufende Kontrolle der korrekten Anwendung durch Therapeutln/Pflegeperson

Wie:

- Auswahl und Anpassung geeigneter Prothesen
- Auswahl der passenden Gehhilfen
  - Handstöcke verbessern die Stabilität und Balance und entlasten den Körper.
  - Vierpunktstützen sind wirksamer bzgl. Körperschwankungen, keine effektive Gewichtsübernahme.
  - Gehgestelle mit Gummistoppen sind sinnvoll, wenn eine große Unterstützung notwendig ist. Nicht geeignet bei kognitiven Einschränkungen.

- Gehwagen verbessern die Balance, die Gewichtsübernahme wird unterstützt.
- Gehwagen mit Rädern sind für Bewohnerinnen geeignet, die keine Gehgestelle hochheben können bzw. die sich schnell fortbewegen.
- Vierrädrige Gehwagen sind für Bewohnerinnen geeignet, die viel Unterstützung brauchen, jedoch wenig Hilfe bei der Gewichtsübernahme.

- Schulung im Umgang
- Beaufsichtigung

~Es sollte überprüft werden, ob der/die Bewohnerln ausreichend Kraft, Balance und Koordination im Umgang mit dem Hilfsmittel hat. *(vgl. EbG, 2010,* S. 60)

P 4.6 Progressives Krafttraining

Zielsetzungen:

- Verbesserung der intra- und intermuskulären Koordination
- Positive Auswirkung auf die Knochendichte der Lendenwirbelsäule, des Femurs und des Radius
- Stimmungsverbesserung, Verbesserung von depressiven Symptomen

(vgl. EbG, 2010, S. 55 *f.)*

Wie:

- Lt. Therapieplan

P 4.7 Kombinierte/individualisierte Programme

Sie haben positive Effekte auf die funktionelle Leistungsfähigkeit und wirken sich günstig auf die psychische Verfassung aus. *(vgl. EbG,* 2010, S. 57)

-e lndtvtouaüsterte Programme und/oder Gruppenübungen, die Kraft-, Balance- und funktionelles Training beinhalten, erhöhen die Mobilität und reduzieren die Verwendung von Gehhilfsmitteln. *(vgl. EbG, 2010,* S. 57)

P 5 Die durchgeführten Pflegeinterventionen werden fachgerecht dokumentiert.

Zielsetzungen:

- Kontinuität der Pflegeinterventionen
- Nachvollziehbare, einheitliche Dokumentation
- BeweisbarkeitiRechtssicherheit

Wer:

- Durchführende Pflegeperson

P 6 Die durchgeführten Pflegeinterventionen werden bzgl. ihrer Wirksamkeit evaluiert.

Zielsetzungen:

- Kontrolle, inwieweit das individuell festgelegte Ziel erreicht werden konnte
- Beurteilung der Bewohnerinnenreaktion auf die Pflegeintervention(en)
- Rechtzeitiges Erkennen von Veränderungen des Gesundheitszustandes
- Anpassung der Zielsetzung
- Anpassung der Pflegeinterventionen bei nicht ausreichender Effizienz (zusätzliche/alternative Maßnahmen ...)

Wer:

.DGKPP

Wann/wie oft:

- Entsprechend den Vorgaben in der Pflegeplanung

P 7 Alle mit der Betreuung und Pflege des/der BewohnerIn betrauten Mitarbeiterinnen der Institution und der kooperierenden Dienste erhalten die für sie relevanten Informationen.

Zielsetzungen:

- Alle in die Betreuung und Pflege involvierten Personen sind über Gesundheitszustand, Einschränkung der Mobilität und Pflegeinterventionen informiert.
- Die lückenlose Umsetzung der Pflegeinterventionen ist gewährleistet.

Wann:

- Ab Feststellung der Mobilitätseinschränkung

Wer informiert:

- Verantwortliche Pflegeperson

Wie:

- Dokumentation
- Bewohnerinnenbesprechungen
- Anlassbezogene direkte mündliche Information

P 8 Bewohnerln und ggf. Vertrauensperson werden informiert, beraten und angeleitet.

Zielsetzungen (entsprechend individuell vorhandenen Ressourcen):

- Die Vorgehensweise wird gemeinsam festgelegt.
- Bewohnerln und ggf. Vertrauensperson erfahren einen Wissenszuwachs.
- Der/Die Bewohnerln wird dadurch in die Lage versetzt, einer Pflegeintervention zuzustimmen oder diese abzulehnen.
- Die aktive Teilnahme des/der Bewohnerln und ggf. Vertrauensperson an der Durchführung der Pflegeinterventionen ist möglich.
- Die Eigenverantwortung des/der Bewohnerln und ggf. Vertrauensperson wird erhöht.
- Die Selbstpflegekompetenz des/der Bewohnerln wird gesteigert.
- Ggf. wird die Dependenzpflegekompetenz der Vertrauensperson gesteigert.

Wer:

- DGKPP

Wie:

- Nach Bedarfsfeststellung wird entschieden, in welcher Form die Information, Beratung und/ oder Anleitung erfolgen soll.
- Bei Bedarf werden verständliche Unterlagen bereitgestellt.
- Es gilt, den soziokulturellen Hintergrund, die Bedürfnisse, Ressourcen und kognitiven Fähigkeiten des/der Bewohnerln und ggf. Vertrauensperson zu beachten.

P 9 Die ärztlich angeordneten Maßnahmen werden durchgeführt bzw. Verordnungen kommen zur Anwendung.

~Der/Die Ärztin trägt die Anordnungsverantwortung, die DGKPP die Durchführungsverantwortung. (§§ 15, 16 GuKG)

3 ERGEBNISSTANDARD

Der Ergebnisstandard definiert den gewünschten Endzustand, der mit den pflegerischen Interventionen erreicht werden soll.

E 1 Eine aktuelle Einschätzung der Mobilität liegt vor.

E 2 Bewohnerln und ggf. Vertrauensperson sind über die individuellen Risikofaktoren und die daraus resultierenden Pflegeinterventionen informiert und nach Maßgabe ihrer Möglichkeiten einbezogen.

E 3 Bewohnerln und ggf. Vertrauensperson sind mit der Durchführung der Pflegeinterventionen einverstanden bzw. die Ablehnung durch den/die Bewohnerln ist dokumentiert.

E 4 Interventionen und Hilfsmittel sind den individuellen Bedürfnissen und Ressourcen angepasst und wirken sich fördernd auf die Mobilität aus.

E 5 Ein an den individuellen Bedürfnissen des/der Bewohnerln orientierter pflegediagnosenbezogener Pflegeplan liegt vor.

E 6 Durchgeführte Pflegeinterventionen sind fachgerecht dokumentiert.

E 7 Der/Die Bewohnerln erreicht das für ihn/sie individuell in der Pflegeplanung beschriebene Ziel.

E 8 Der/Die Bewohnerln ist mobil.

E 9 Der Verlust von Mobilität wird verhindert bzw. verzögert.

E 10 Der/Die Bewohnerln erfährt Unterstützung bei der Anpassung an irreversible Funktionsverluste.

Struktur

51 Notwendige Qualifikationen liegen vor.
52 Die Institution verfügt über Mitarbeiterinnen (multiprofessionell) bzw. externe Expertinnen mit spezieller Fach-, Methoden- und sozial kommunikativer Kompetenz.
53 Spezifische Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen werden angeboten.
54 Die Institution verfügt über ein einheitliches Vorgehen zur Einschätzung der Mobilität.
55 Spezifisches Dokumentationsmaterial (Papierform oder EDV) ist vorhanden.
56 Geeignete Hilfsmittel sind verfügbar.
57 Eine institutionelle Regelung zur multiprofessionellen Zusammenarbeit und Information aller direkt in die Bewohnerinnenbetreuung involvierten Berufsgruppen ist vorhanden.
58 Informations-, Beratungs- und Anleitungsunterlagen sind für den/die Bewohnerln und ggf. Vertrauensperson oder weitere Betreuungspersonen dem individuellen Bedarf entsprechend vorhanden bzw. organisierbar.
59 Es ist institutionell geregelt, dass die ärztliche AnordnungNerordnung zeitgerecht zur Verfügung steht.

Prozess

P 1 Die Einschätzung der Mobilität erfolgt an hand des in der Institution verwendeten Pflegeassessments sowie an hand der fachlichen Expertise durch die DGKPP.
P2 Bewohnerln und ggf. Vertrauensperson werden über die festgestellten Risikofaktoren und die durchzuführenden bzw. gesetzten Pflegeinterventionen informiert und nach Maßgabe ihrer Möglichkeiten einbezogen.
P3 Eine individuelle Pflegeplanung wird erstellt.
P4 Pflegeinterventionen werden fachgerecht durchgeführt.
P5 Die durchgeführten Pflegeinterventionen werden fachgerecht dokumentiert.
P6 Die durchgeführten Pflegeinterventionen werden bzgl. ihrer Wirksamkeit evaluiert.
P7 Alle mit der Betreuung und Pflege des/der Bewohnerln betrauten Mitarbeiterinnen der Institution und der kooperierenden Dienste erhalten die für sie relevanten Informationen.
P8 Bewohnerln und ggf. Vertrauensperson werden informiert, beraten und angeleitet.
P9 Die ärztlich angeordneten Maßnahmen werden durchgeführt bzw. Verordnungen kommen zur Anwendung.

Ergebnis

E 1 Eine aktuelle Einschätzung der Mobilität liegt vor.
E2 Bewohnerln und ggf. Vertrauensperson sind über die individuellen Risikofaktoren und die daraus resultierenden Pflegeinterventionen informiert und nach Maßgabe ihrer Möglichkeiten einbezogen.
E3 Bewohnerln und ggf. Vertrauensperson sind mit der Durchführung der Pflegeinterventionen einverstanden bzw. die Ablehnung durch den/die Bewohnerln ist dokumentiert.
E4 Interventionen und Hilfsmittel sind den individuellen Bedürfnissen und Ressourcen angepasst und wirken sich fördernd auf die Mobilität aus.
E5 Ein an den individuellen Bedürfnissen des/der Bewohnerln orientierter pflegediagnosenbezogener Pflegeplan liegt vor.
E6 Durchgeführte Pflegeinterventionen sind fachgerecht dokumentiert.
E7 Der/Die Bewohnerln erreicht das für ihn/sie individuell in der Pflegeplanung beschriebene Ziel.
E8 Der/Die Bewohnerln ist mobil.
E9 Der Verlust von Mobilität wird verhindert bzw. verzögert.
E 10 Der/Die Bewohnerln erfährt Unterstützung bei der Anpassung an irreversible Funktionsverluste.

LITERATURVERZEICHNIS

Burns, E. (2010): Evidence based Guideline (EbG) "Funktioneller Status, Schwerpunkt Mobilität"; Qualitätsprogramm für Wiener Wohn- und Pflegeheime

Stefan, H., Allmer, F., et al. (2000): Praxis der Pflegediagnosen; Springer Verlag, Wien

BGBl. I Nr. *108/1997,* Gesundheits- und Krankenpflegegesetz i. d. g. F.

LGBL für Wien (2008), Gesetz über Sozialbetreuungsberufe in Wien - Wien er Sozialbetreuungsberufegesetz WSBBG i. d. g. F.

LGBL für Wien (2008), Verordnung der Wiener Landesregierung zum Wien er Sozialbetreuungsberufegesetz - WSBBG-VO i. d. g. F.