

Quick-Alert®

Nr.52

Mobil ist nicht stabil

Sturzrisiko durch Mobiliar und Hilfsmittel auf Rollen

Berichte*, die dem CIRNET von Patientensicherheit Schweiz gemeldet wurden:

Fall 1

«Die Klientin (68-jährig) stieg ins Postauto. Sie hatte zu wenig Zeit, sich einen Platz zu suchen und setzte sich auf den Rollator. Da sie die Bremsen nicht angezogen hatte, rollte der Rollator bei der Fahrt davon und kippte, zusammen mit der Klientin.»

Fall 2

«Die Klientin wollte mit dem Rollator auf der Rolltreppe in den 1. Stock fahren. Beim Übergang von der Rolltreppe zum festen Boden haben sich die Rollator Räder quer gestellt und blockiert, die Klientin ist zusammen mit dem Rollator gekippt.»

Fall 3

«Patient wird mit zwei Hilfspersonen auf die Personenwaage transferiert. Da die Waage nicht richtig arretiert werden kann, rutscht sie weg und der Patient kann gerade noch aufs Bett zurücktransferiert werden. Beim nächsten Transfer wird eine dritte Hilfsperson benötigt, um die Waage manuell zu fixieren. In Zukunft werden nur noch Waagen gekauft, die feststellbare Bremsen haben.»

Fall 4

«Der Klient ist vom Fernsehstuhl aufgestanden, da er auf die Toilette musste. Als er auf den Rollstuhl wechseln wollte, ist dieser weggerollt, da er nicht gebremst war.»

Fall 5

«Kommode und Tisch haben Räder, die nicht abbremstbar sind. Die Patientin wollte in der Nacht aus dem Bett aufstehen und hat sich an Tisch und Kommode abgestützt. Dabei ist sie gestürzt und hat sich eine Kopf- und Knieprellung links sowie eine Schulterprellung links zugezogen. Die operierte Seite ist nicht betroffen. Info an Pflegepersonal und Co-Chefarzt. Prüfung von abbremsbaren Rädern. Bisher keinen Ersatz gefunden.»

Fall 6

«Patient mit Rumpfschwäche wollte in Rollstuhl transferieren, stürzte hierbei zu Boden. Rollstuhl war nur einseitig gebremst. Rollstuhl immer in gebremstem Zustand abstellen.»

Fall 7

«Neuer Infusionsständer hat 5 Beine mit 2 Stoppern an 2 Rädern, die Stopper waren gelöst. Die Patientin (Jahrgang 1917) wollte auf die Toilette. Die Patientin ist klein, die Räder liefen nicht gut, die 5 Beine sind zu lang. Die Patientin stolperte über den Ständer und wäre beinahe umgefallen. Infusionsständer zum Technischen Dienst gebracht zur Kontrolle der Räder. Aus Sicherheitsgründen dürfen im stationären Bereich nicht mehr solche Ständer angeschafft werden, Abstand zwischen Arm- und Beinlänge geht nur für sehr grosse Patienten, so auch die 5 Beine, es kommt immer eines in den Weg, wenn der Ständer vor sich hergeschoben werden muss.»

Fall 8

«Patientin stürzt, als sie vom Lehnstuhl unvermittelt aufstehen möchte, weil die Räder des Lehnstuhls nicht arretiert sind. Untersuchung der Patientin. Sie hat lediglich Prellungen. Immer die Räder des Lehnstuhls kontrollieren, ob diese arretiert sind.»

* Die Meldetexte wurden aus Gründen der besseren Nachvollzieh- und Lesbarkeit z. T. bearbeitet.

Expertenkommentar

Bei der Betreuung von Patient:innen¹ wird sehr häufig auf Mobiliar sowie praktische Hilfsmittel zurückgegriffen, welche auf Rollen beweglich sind. Diese kommen zum Einsatz, um Patient:innen in ihrer Bewegung bzw. Fortbewegung zu unterstützen oder den Alltag zu bewerkstelligen. Dazu gehören neben Betten und Rollstühlen oder Rollatoren beispielsweise auch Dusch- oder Nachtstühle, Sitzwaagen, mobile Trennwände, Nachttische, Infusionsständer oder Gerätewagen.

Allerdings können sowohl das rollende Mobiliar als auch die Bewegungs- und Fortbewegungshilfsmittel auf Rollen eine Gefahr für die Patientensicherheit darstellen. Bei der Verwendung von defektem oder nicht voll funktionsfähigem Mobiliar sowie bei unsachgemässer Handhabung kann es beispielsweise zu Stürzen kommen. Darüber hinaus können sturzgefährdete Personen durch rollende Hilfsmittel zusätzlich gefährdet werden.

Beispiele typischer Risikosituationen:

- Ein Rollstuhl wird beim Patient:innentransfer aus dem Bett nicht oder nur einseitig gebremst.
- Patient:in stützt sich auf der Suche nach etwas Halt auf einem Nachttisch auf Rollen ab.
- Das Bett wird beim Patient:innentransfer auf den OP-Tisch nicht gebremst.
- Patient:in ist unsicher in der Mobilität und hält sich am Infusionsständer fest. Dieser kippt um, da er nicht zur Mobilitätsunterstützung gedacht ist.
- Im häuslichen Bereich kippen Rollatoren und Rollstühle auf unebenem Gelände oder beim Überqueren von Bordsteinen.
- Patient:in vergisst beim Besuch in der Hausarztpraxis beim Aufstehen die Rollator-Bremsen anzuziehen.

Im Rahmen von medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Behandlungen kommen Stürze in stationären Gesundheits- und Pflegeinstitutionen sowie in der ambulanten Versorgung häufig vor (1–3) und zählen somit zu den typischen Herausforderungen des Patientensicherheits-Managements.

Ein Sturz wird definiert als ein „Ereignis, in dessen Folge eine Person unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer tieferen Ebene zu liegen kommt“ (4,5).

Viele Stürze sind auf den nicht unmittelbar beeinflussbaren gesundheitlichen Grundzustand der Patient:innen zurückzuführen (intrinsische Risikofaktoren) und stellen bezüglich ihrer Vermeidbarkeit deshalb eine besondere Herausforderung dar. Dazu gehören typischerweise Gleichgewichtsstörungen, Kraftminderung, Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates und/oder der Wahrnehmung (Sensorik, Gehör, Visus), kognitive Einschränkungen wie Demenz oder ein Delir sowie Erkrankungen wie Parkinson oder Multiple Sklerose. Hinzu können extrinsische Risikofaktoren kommen wie beispielsweise ungeeignetes Schuhwerk, glatte Fussböden oder wie in unserem Beispiel das rollende Mobiliar oder die rollenden Hilfsmittel (3,6–8). Sie können auch Personen betreffen, die ansonsten nicht als sturzgefährdet eingeschätzt werden.

Die physischen Auswirkungen von Stürzen reichen von Prellungen und Wunden bis hin zu Frakturen oder schlimmstenfalls zum Tod der gestürzten Person (2,3,6). Zudem kann ein Sturz zu Dislokationen von Kathetern, Sonden oder Drainagen führen oder auch Beschädigungen von Geräten, wie z. B. Infusions- und Spritzenpumpen nach sich ziehen. Neben den physischen Folgen sind auch die psychischen Konsequenzen nicht zu unterschätzen. Die Betroffenen (meist ältere Menschen oder Personen mit einer Gehbehinderung) verlieren oftmals das Vertrauen in ihre eigene Mobilität und schränken ihre Aktivitäten aufgrund der Sturzangst (Post-Fall-Syndrom) ein (vergleiche Tabelle 1), was wiederum zu einer Depression oder sozialer Isolation führen kann (3,6,9).

Im akutstationären Bereich führen Stürze teils zu verlängerten Spital- oder Rehabilitationsaufenthalten, welche mit zusätzlichen Kosten verbunden sind (10,11). Stürze im ambulanten Umfeld können den Betreuungsaufwand erhöhen, da sich die betroffenen Personen nach ihrem Sturz nur noch in Begleitung nach draussen trauen. Häufig kommt es nach Stürzen auch zu (teilweise unnötigen) Transfers auf den Notfall für Abklärungen oder zu Spitalaufenthalten, die wiederum unerwünschte Folgen wie Delir, nosokomiale Infektionen und Verlust von körperlichen Fähigkeiten nach sich ziehen können (12). Auch Übertritte in Langzeitpflegeinstitutionen kommen nach Stürzen vermehrt vor.

¹ Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird im QA immer die Bezeichnung Patient:innen verwendet. Gemeint sind hier aber immer auch Bewohner:innen, Klient:innen, Kund:innen etc.

Tabelle 1

Folgen von Stürzen	Resultate		
	Fragen	n	%
Haben Sie Angst davor zu stürzen? (n=43)	Ja	33	76.7
	Nein	10	23.3
Schränken Sie Ihre Aktivitäten ein, weil Sie Angst vor Stürzen haben? (n=44)	Ja	29	65.9
	Nein	15	34.1
Haben Sie sich infolge eines Sturzes eine Verletzung zugezogen? (n=25)	Ja	12	48.0
	Nein	13	52.0

Quelle: Rice et al. (2017) (9) übersetzt aus dem englischen Originalartikel

Um die Sturzhäufigkeit aufgrund von rollendem Mobiliar oder Hilfsmitteln auf Rollen zu reduzieren und allfällige Sturzfolgen (z.B. Verletzungen, Spitaleinweisungen) zu mindern oder zu vermeiden, müssen in allen Versorgungsbereichen gezielte Massnahmen zur Sturzprävention unternommen werden (1–3,6,13). Die Sturzprävention als solche stellt einen

wichtigen Bestandteil der Qualitätssicherung dar und muss folglich umfassend strategisch etabliert werden. Eine erfolgreiche Sturzprävention ist immer eine interprofessionelle Leistung (7,14). In diesem Quick-Alert werden schwerpunktmässig Risiken thematisiert, die durch rollendes Mobiliar bzw. rollende Hilfsmittel entstehen können.

Empfehlungen

Im professionellen Umfeld sind bereits viele Sturzpräventionsmassnahmen etabliert, allerdings lässt sich die Evidenz der Massnahmen zum Teil nur schwer belegen (15,16). Zu den Präventionsmassnahmen zählen neben einem Sturzassessment mit der Analyse von personen-, medikamenten- und umgebungsbezogenen Sturzrisikofaktoren beispielsweise auch eine gezielte Patienteninformation oder allgemeine Sicherheitsmassnahmen wie das Tragen von geeignetem Schuhwerk sowie Gleichgewichts- und Krafttraining (3,6,7,15–17). Ein individuelles, regelmässig durchgeführtes Sturzassessment bei Patient:innen ist hilfreich, um ein erhöhtes Sturzrisiko zu identifizieren, darf jedoch nicht die einzige Entscheidungsgrundlage für die Durchführung von Präventionsmassnahmen darstellen. Der Wille der Patient:innen und die Gefahren von Einschränkungen durch Sturzpräventionsmassnahmen müssen dabei miteinbezogen und abgewogen werden.

Grundsätzlich wird empfohlen, wenn immer möglich auf rollendes Mobiliar und Hilfsmittel auf Rollen zu verzichten. Andernfalls gelten für den Umgang

mit rollendem Mobiliar und Hilfsmitteln auf Rollen ganz spezifische Empfehlungen:

Risikoeinschätzung & Evaluation

- Einschätzen des Unterstützungsbedarfs der Patient:innen bezüglich Mobilität und entsprechende Abgabe von passenden Hilfsmitteln.
- Identifikation und anschliessende Reduktion/Elimination der möglichen Risikofaktoren im Zusammenhang mit rollendem Mobiliar und rollenden Hilfsmitteln in der Umgebung der Patient:innen.
- Einschätzen der Fähigkeiten und des Edukationsbedarfs der Patient:innen, die rollenden Hilfsmittel korrekt zu benutzen (Aufstehen, Absitzen, Transfer, Nutzung der Bremsen) und prüfen, ob die Hilfsmittel geeignet sind.
- Regelmässige Evaluation der Hilfsmittel, ob diese noch bedarfs- und personengerecht sind.
- Evaluation (systematisches Aufarbeiten) der Sturzereignisse aufgrund von rollendem Mobiliar / rollenden Hilfsmitteln.

Mobiliar / Hilfsmittel

- Mobiliar und Hilfsmittel vor Gebrauch auf deren Funktionsfähigkeit prüfen (18).
- Verwendung von möglichst standfestem, kipp- und wegrollsickelem Mobiliar/Hilfsmittel, da diese erfahrungsgemäss oft als (Auf-)Stehhilfe benutzt werden.
- Stühle mit Seitenlehnen verwenden, um ein sicheres Aufstehen mit Abstützen zu ermöglichen.
- Mobiliar mit Rollen, sofern möglich, immer gebremst platzieren (18,19) (Bett zusätzlich auf tiefstes Niveau).
- Fachgerechte und regelmässige Inspektion, Reinigung (nach Vorgaben der Hersteller) und Prüfung auf Funktionstüchtigkeit von rollendem Mobiliar und rollenden Hilfsmitteln (z. B. monatlich, nach interner Vorgabe oder Vorgabe des Herstellers). Schriftliche Dokumentation von durchgeführten Kontrollen zur Nachvollziehbarkeit der Massnahmen und zur juristischen Absicherung.
- Bei der Beschaffung von neuem Mobiliar/Hilfsmitteln sind neben den Sicherheitsvorschriften auch Möglichkeiten zur Sturzprävention zu berücksichtigen (z. B. Rollatoren mit Fliehkraftbremsen).
- Präventionsmassnahmen schriftlich festhalten z. B. Informationsmaterial für Patient:innen und Angehörige.
- Einplanung von ausreichend Zeit, um Situationen zu vermeiden, in denen Patient:innen in Hektik geraten können (z. B. Transfer mit Rollator vom Warte- ins Sprechzimmer oder vom Umkleideraum ins Untersuchungszimmer).

Abhängig vom jeweiligen Setting (ambulante oder stationäre Versorgung, Langzeitpflege etc.) sind die folgenden Punkte speziell zu beachten:

- Klärung/Überprüfung der Verantwortlichkeit für Funktionsfähigkeit, Reparatur und Wartungszustand von patienteneigenen oder gemieteten Hilfsmitteln.
- Überprüfung/Anpassung der Umgebungsbedingungen, welche Risiken im Umgang mit Hilfsmitteln auf Rollen darstellen (z. B. Teppiche/Teppichränder, Tür- und Aufzugsschwellen oder hohe Fussbodenabsätze) (14).
- Bei Bedarf die Wohnsituation gemeinsam mit Patient:innen, Angehörigen etc. analysieren und ggf. Anpassungen vornehmen.

Die Hersteller sind gefordert, patientengerechtes Mobiliar und Hilfsmittel zu gestalten, Rückmeldungen aus der Praxis zu berücksichtigen, Evaluationen durchzuführen und gegebenenfalls Anpassungen in der Produktion vorzunehmen.

Information / Beratung / Schulung

- Wiederkehrende Informationen/Schulungen und Übungen für das Fachpersonal, um eine korrekte und bestimmungsgemässe Anwendung der Hilfsmittel zu gewährleisten («Training on the job»).
 - Individuelle Anpassung (Grösse, besondere Bedürfnisse etc.) von Gehhilfen, Rollstühlen sowie anderen Hilfsmitteln auf die Patient:innen durch Fachpersonal.
 - Beratung und Anleitung der Patient:innen und ggf. auch der Angehörigen zur richtigen/sicheren Benutzung der Hilfsmittel durch Fachpersonal. Begleitung bis genügend Sicherheit vorhanden ist.
- Ergänzend ist es erforderlich, Sturzprotokolle/Sturzereignismeldungen zur Verfügung zu stellen, um Sturzereignisse von entsprechendem Fachpersonal analysieren und Massnahmen zur Verhinderung von weiteren Stürzen ergreifen zu können. Besondere Bedeutung hat hierbei die interprofessionelle Zusammenarbeit bei der Etablierung einer multifaktoriellen Sturzprävention im eigenen Betrieb, unter Einbeziehung der Grund- und Begleiterkrankungen der Patient:innen. Dabei ist zu bedenken, dass gerade bei multimorbiden älteren Menschen sich nicht jeder Sturz verhindern lässt, aber dennoch viel getan werden muss, um Stürze und insbesondere Sturzverletzungen möglichst zu minimieren. Eine erfolgreiche Sturzprävention kann nur in Zusammenarbeit mit den Patient:innen (Eigenverantwortung) und mit allen Gesundheitsfachpersonen erreicht werden.

Literatur

1. Schwendimann RR. Patient falls: a key issue in patient safety in hospitals [Internet]. 2006. Available from: <https://edoc.unibas.ch/495/>
2. Morris ME, Webster K, Jones C, Hill A-M, Haines T, McPhail S, et al. Interventions to reduce falls in hospitals: a systematic review and meta-analysis. Age Ageing [Internet]. 2022 May 1;51(5):1–12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35524748/>
3. Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebetroffene Menschen (BIVA), Sturzprophylaxe in der Pflege - Expertenstandards leicht verständlich [Internet]. 2013. Available from: <https://www.biva.de/dokumente/broschueren/Sturzprophylaxe.pdf>
4. World Health Organization (WHO). Falls [Internet]. 2021. Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/falls>
5. Lamb SE, Jørstad-Stein EC, Hauer K, Becker C. Development of a common outcome data set for fall injury prevention trials: the Prevention of Falls Network Europe Consensus. J Am Geriatr Soc [Internet]. 2005 Sep;53(9):1618–22. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16137297/>
6. Registered Nurses' Association of Ontario. Clinical best practice guidelines: Preventing falls and reducing injury from falls [Internet]. 2017. Available from: https://rmao.ca/sites/rmao-ca/files/bpg/FALL_PREVENTION_WEB_1207-17.pdf
7. Wiesli U, Decurtins S, Zúñiga F. Sturzprävention in Alters- und Pflegeinstitutionen [Internet]. Bern; 2013. Available from: https://www.bfu.ch/api/publications/bfu_2.120.01_sturzpraevention%20in%20alters-und%20pflegeinstitutionen.pdf
8. Pereira CB, Kanashiro AMK. Falls in older adults: a practical approach. Arq Neuropsiquiatr [Internet]. 2022 May;80(5 suppl 1):313–23. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35976297/>
9. Rice L, Kalron A, Berkowitz SH, Backus D, Sosnoff JJ. Fall prevalence in people with multiple sclerosis who use wheelchairs and scooters. Medicine (Baltimore) [Internet]. 2017 Sep;96(35):e7860. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28858096/>
10. Müller R, Halfens R, Schwendimann R, Müller M, Imoberdorf R, Ballmer PE. Risikofaktoren für Stürze und sturzbedingte Verletzungen im Akutspital – Eine retrospektive Fall-Kontroll-Studie. Pflege [Internet]. 2009 Dec 1;22(6):431–41. Available from: <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1024/1012-5302.22.6.431>
11. Schwendimann R. Sturzprävention im Akutspital - Eine Literaturübersicht. Pflege [Internet]. 2000 Jun 1;13(3):169–79. Available from: <https://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1024/1012-5302.13.3.169>
12. Dwyer R, Gabbe B, Stoelwinder JU, Lowthian J. A systematic review of outcomes following emergency transfer to hospital for residents of aged care facilities. Age Ageing [Internet]. 2014 Nov 1;43(6):759–66. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25315230/>
13. Ong MF, Soh KL, Saimon R, Myint WW, Pawi S, Saidi HI. Falls risk screening tools intended to reduce fall risk among independent community-dwelling older adults: A systematic review. Int J Nurs Pract [Internet]. 2022 Jul 24;(July):e13083. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35871775/>
14. Montero-Odasso M, van der Velde N, Martin FC, Petrovic M, Pin Tan M, Ryg J, et al. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. Age Ageing [Internet]. 2022;51:1–36. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36178003/>
15. Cameron ID, Dyer SM, Panagoda CE, Murray GR, Hill KD, Cumming RG, et al. Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2018 Sep 7;9(9):1–328. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30191554/>
16. Hopewell S, Adedire O, Copey BJ, Boniface GJ, Sherrington C, Clemson L, et al. Multifactorial and multiple component interventions for preventing falls in older people living in the community (Review). Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2018;(7):1–257. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30035305/>
17. Frank O, Schwendimann R. Schriftenreihe Nr. 2: Sturzprävention - Orientierungshilfe und Empfehlungen. Zürich: Stiftung Patientensicherheit Schweiz; 2008. Available from: https://www.patientensicherheit.ch/fileadmin/user_upload/2_Forschung_und_Entwicklung/Archiv/Sturzpraevention/2_SR_2_Sturzpraevention_D_160725.pdf
18. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Nursing Interventions Classification (NIC). 7th Edition. Elsevier Health Sciences; 2018.
19. Makic MBF, Martinez-Kratz Marina Reyna. Ackley and Ladwig's Nursing Diagnosis Handbook - An Evidence-Based Guide to Planning Care. 13th Edition. Elsevier LTD, Oxford; 2022.

Autor:innen und beteiligte Fachpersonen

Kerker-Specker Carmen

MScN, Stiftung Patientensicherheit Schweiz

Paula Helmut

EMBA HSM, Stiftung Patientensicherheit Schweiz

Bohn Felix

Fachberater für alters- und demenzgerechtes Bauen, Zürich

Decurtins Sabina

MAS Gerontological Care, MAS Coaching, Pflegeexpertin, Leiterin Bildung, Spital Zollikerberg

Grädel Roland

Dipl. Techniker HF Maschinenbau, Fachspezialist Produkte, Beratungsstelle für Unfallverhütung (BFU)

Knuchel-Schnyder Silvia

Physiotherapeutin FH, Dozentin, Bürgerspital Solothurn

Lee Patricia

MAS Geriatric Care, Expertin Pflegequalität, Spitex Region Brugg AG

Mohr Giulia

Arbeits- & Organisationspsychologin, Expertin Patientensicherheit, Universitätsspital Basel

Müller Rita

Leiterin Pflege und Entwicklung, Kantonsspital Winterthur

Peschak Anne

Leiterin Pflegeentwicklung und QM, MSc in Pflege, Spitex Bern

Wiesli Ursula

Pflegewissenschaftlerin MSN, Pflegeexpertin APN-CH, Hygienebeauftragte, Pflegezentrum Eschenbach SG

Zeller Andreas

Prof. Dr. med. MSc, Leiter Universitäres Zentrum für Hausarztmedizin beider Basel

Zúñiga Franziska

Dr. sc. med, Leitung Bereich Lehre, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel

Kontakt

Carmen Kerker-Specker,
wissenschaftliche Mitarbeiterin
kerker@patientensicherheit.ch

Helmut Paula, Leiter CIRRNET
paula@patientensicherheit.ch

www.patientensicherheit.ch/quick-alert

Stiftung Patientensicherheit Schweiz

Asylstrasse 77
CH-8032 Zürich
T +41 43 244 14 80

Dieser Quick-Alert® wurde durch folgende Fachgesellschaften/Gremien verabschiedet

- CIRRNET-Ausschuss
- Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft (VFP) mit seinen Akademischen Fachgesellschaften
 - Akutpflege
 - Gerontologische Pflege
 - Rehabilitationspflege

VFP Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft
APSI Association suisse pour les sciences infirmières
Swiss Association for Nursing Science

VFP Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft
APSI Association suisse pour les sciences infirmières
Swiss Association for Nursing Science

Akademische Fachgesellschaft
Akutpflege

VFP Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft
APSI Association suisse pour les sciences infirmières
Swiss Association for Nursing Science

Akademische Fachgesellschaft
Gerontologische Pflege

VFP Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft
APSI Association suisse pour les sciences infirmières
Swiss Association for Nursing Science

Akademische Fachgesellschaft
Rehabilitationspflege

Hinweis

Diese Problematik hat eine überregionale Relevanz. Bitte prüfen Sie die Bedeutung für Ihren Betrieb und sorgen ggf. in Absprache mit Ihren zuständigen Stellen dafür, dass sie zielgerecht und nötigenfalls breit kommuniziert wird.

Die vorliegenden Empfehlungen bezwecken die Sensibilisierung und Unterstützung von Gesundheitsinstitutionen und in der Gesundheitsversorgung tätigen Fachpersonen bei der Erstellung ihrer betriebsinternen Richtlinien. Es ist Sache der Leistungserbringer, die Empfehlungen im lokalen Kontext zu prüfen und zu entscheiden, ob sie verbindlich aufgenommen, verändert oder verworfen werden. Die spezifische Ausgestaltung und Anwendung entsprechend den jeweils geltenden Sorgfaltspflichten (basierend auf lokalen fachlichen, betrieblichen, rechtlichen, individuellen und situativen Gegebenheiten) liegen in der ausschliesslichen Eigenverantwortung der hierfür fachlich geeigneten Leistungserbringer.