

1	<p>Lass ältere Menschen nicht im Bett liegen oder nur im Stuhl sitzen</p> <p>Bei bis zu 65% der älteren Menschen, welche bis anhin selbständig gehen konnten, verschlechtert sich die Gehfähigkeit während eines Spitalaufenthaltes. Bettruhe oder nur im Stuhl sitzen während eines stationären Aufenthalts verursachen Kraftverlust und sind Hauptfaktoren für die Verschlechterung der Gehfähigkeit bei älteren Menschen. Der Verlust der Gehfähigkeit verlängert den Spitalaufenthalt, erhöht den Bedarf einer anschliessenden Rehabilitation oder hat einen Heimeintritt als Folge. Zusätzlich steigen das Sturzrisiko und die Mortalität sowohl während wie auch nach dem Spitalaufenthalt. Die Förderung der Gehfähigkeit ist deshalb entscheidend, um die funktionale Fähigkeit bei älteren Menschen zu erhalten und um die pflegenden Angehörigen nicht einer höheren Belastung auszusetzen. Die negativen Auswirkungen von Immobilität gelten auch für Menschen im Pflegeheim oder in der häuslichen Umgebung. Die Zielsetzungen der Mobilisation und die Förderung der Gehfähigkeit muss personenzentriert auf das Setting, den Lebensentwurf und die persönliche Lebenssituation der betroffenen Person angepasst werden.</p>
2	<p>Vermeide bewegungseinschränkende Massnahmen bei älteren Menschen</p> <p>Bewegungseinschränkende Massnahmen sind selten eine Lösung und verursachen häufig weitere Probleme wie erhöhte Unruhe und ernsthafte Komplikationen, die im schlimmsten Fall zum Tod führen können. Bewegungseinschränkende Massnahmen erfolgen oftmals bei herausforderndem und/oder gefährdendem Verhalten. Solche Situationen erfordern sofortige Aufmerksamkeit und ein spezifisches Assessment zur Analyse der Situation. Eine klare Strategie zur Vermeidung von herausforderndem und/oder gefährdendem Verhalten wie auch zum Umgang damit sowie eine gute Abstimmung mit Angehörigen sind dabei von hoher Bedeutung. Sicherheit und eine dem Menschen zugewandte Betreuung ohne bewegungseinschränkende Massnahmen wird unterstützt, wenn ein interprofessionelles Team und/oder eine Pflegeexpertin beim Antizipieren, Identifizieren und Suchen einer Problemlösungsstrategie beratend zur Seite stehen. Eine Organisationskultur mit entsprechender Grundhaltung und Strukturen sowie Weiterbildungsangebote, die eine Betreuung ohne bewegungseinschränkende Massnahmen unterstützen, sind unabdingbar.</p>
3	<p>Wecke ältere Menschen nachts nicht für routinemässige Pflegehandlungen, solange es weder ihr Gesundheitszustand noch ihr Pflegebedarf zwingend verlangen</p> <p>Physiologisch betrachtet verändert sich der nächtliche Schlaf im Alter. Ältere Menschen brauchen länger fürs Einschlafen, schlafen weniger tief und wachen mehrmals auf. Weiter stören gesundheitliche Probleme wie Schmerzen, Atemnot oder häufiges nächtliches Wasserlassen den gesamten Schlaf-Wach-Rhythmus. Durch das regelmässige Runden, um zu schauen, ob alles in Ordnung ist, wird zudem unnötig Lärm und Licht verursacht, was zu mehr Schlafunterbrüchen und schlussendlich zu Schlafstörungen führen kann. Schlafstörungen wirken sich negativ auf die Gesundheit und das Wohlbefinden aus, sie beeinträchtigen körperliche Aktivitäten und können zu Delir, Depression oder anderen psychischen Beeinträchtigungen führen. Pflegepersonen sollten besonders bei älteren Menschen einen erholsamen nächtlichen Schlaf aktiv fördern. Die Schlafbiografie der älteren Menschen gibt Gewohnheiten und Rituale preis, welche den nächtlichen Schlaf unterstützen. Auf Abteilungsebene sind unnötige Störfaktoren zu eruieren und möglichst zu eliminieren.</p>
4	<p>Lege oder belasse keinen Urinkatheter ohne spezifische Indikation</p> <p>Der Katheter-assoziierte Harnwegsinfekt ist eine der häufigsten nosokomialen Infektionen. Katheter-assoziierte Harnwegsinfektionen verlängern die Dauer des Spitalaufenthaltes und erhöhen sowohl Morbidität und Mortalität als auch die Kosten. Zu den wirksamsten Präventionsmassnahmen gehören die Vermeidung unnötiger Katheterisierungen und gezielte Interventionen zur Aufrechterhaltung eines optimalen Urinausscheidungsmusters. In den Fällen wo ein Katheter unvermeidbar ist, sollen täglich die medizinische Indikation geprüft und die Liegedauer auf ein Minimum beschränkt werden. Bei der Beurteilung der Situation stehen immer das Belastungserleben und die Lebensqualität der älteren Menschen im Fokus.</p>
5	<p>Vermeide die Verabreichung von Reservemedikationen wie Sedativa, Antipsychotika oder Hypnotika bei einem Delir ohne die zu Grunde liegenden Ursachen zuerst abzuklären, zu eliminieren oder zu behandeln. Verwende vorwiegend nicht-pharmakologische Ansätze zur Prävention und Behandlung eines Delirs</p> <p>Der wichtigste Schritt in der Behandlung eines Delirs ist die Identifikation, die Eliminierung oder Behandlung der zu Grunde liegenden Ursachen. Ein Delir ist oft eine direkte physiologische Folge einer anderen Erkrankung, einer Substanzintoxikation, eines Entzugs, einer Exposition gegenüber einem Toxin oder hat multiple Ursachen. Es sollten daher eine detaillierte Anamnese und körperliche Untersuchung durchgeführt, entsprechende Labor- / diagnostische Tests verordnet, eine gründliche Medikationsprüfung vorgenommen und Medikamente, die ein Delir verursachen könnten, abgesetzt werden. Da zahlreiche Medikamente oder Medikamentengruppen mit der Entwicklung eines Delirs zusammenhängen (z. B. Benzodiazepine, Anticholinergika, gewisse Antihistaminika, Sedativa/Hypnotika), sollte ihre Verabreichung als Reservemedikament wenn möglich vermieden werden. Darüber hinaus sollten Antipsychotika nur in der niedrigsten wirksamen Dosis, für die kürzeste Zeitdauer und nur bei älteren Menschen verabreicht werden, die stark agitiert und/oder fremd- oder selbstgefährdend sind. Diese Medikamente verursachen starke Nebenwirkungen und es gibt nicht genügend Evidenz für ihre sichere und wirksame Anwendung bei einem Delir. In Bezug auf die Delirprävention wird empfohlen, verschiedene nicht-pharmakologische Interventionen zu implementieren, die konsistent während der ganzen Hospitalisation vom interprofessionellen Team durchgeführt werden.</p>

Literatur

1	<p>Eisele M, Kaduszkiewicz H, König HH, Lange C, Wiese B, Prokein J, Weyerer S, Werle J, Riedel-Heller SG, Luppa M, Hesel K, Koppara A, Mösch E, Weeg D, Fuchs A, Pentzek M, Maier W, Scherer M, Hajek A; AgeCoDe Study Group. Determinants of health-related quality of life in older primary care patients: results of the longitudinal observational AgeCoDe Study. <i>Br J Gen Pract.</i> 2015 Nov;65(640):e716-23.</p> <p>Greysen RS & Patel; Inpatient Notes: Bedrest Is Toxic—Why Mobility Matters in the Hospital. <i>Annals of Internal Medicine</i>, Vol. 169 No. 2 17 July 2018</p> <p>Lahmann NA, Tannen A, Kuntz S, Raeder K, Schmitz G, Dassen T, Kottner J. Mobility is the key! Trends and associations of common care problems in German long-term care facilities from 2008 to 2012. <i>Int J Nurs Stud.</i> 2015 Jan;52(1):167-74. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.07.014.</p> <p>Oestergaard AS, Mathiesen MH, Karlsen A, Turtumoygaard IF, Vahlgren J, Kjaer M, Beyer N; In acutely admitted geriatric patients, offering increased physical activity during hospitalization decreases length of stay and can improve mobility. <i>Transl Sports Med.</i> 2018;1:46–53.</p> <p>Telenius EW, Engedal K, Bergland A.. Physical performance and quality of life of nursing-home residents with mild and moderate dementia. <i>Int J Environ Res Public Health.</i> 2013 Dec 2;10(12):6672-86. doi: 10.3390/ijerph10126672.</p>
2	<p>Ermler, A. & Schmitt-Mannhart, R. (2017). Freiheit und Sicherheit: Richtlinien zum Umgang mit bewegungseinschränkenden Massnahmen. Bern: Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie</p> <p>Haut, A.; Kolbe, N., Strupeit, S., Mayer, H. & Meyer, G. (2010). Attitudes of Relatives of Nursing Home Residents Towards Physical Restraints. <i>Journal of Nursing Scholarship</i>, 42(4), 448-456. doi: 10.1111/j.1547-5069.2010.01341.x</p> <p>Hoff, P. et al. (2015). Medizinisch ethische Richtlinien: Zwangsmassnahmen in der Medizin. Bern: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)</p> <p>Hofmann Checchini, H. & Schorro, E. (2017). Bewegungseinschränkende Massnahmen: ein Dilemma für die Pflege in Langzeitinstitutionen. <i>Pflegerecht</i>, 03/2017, 147-162</p> <p>Mösch Payot, P. (2018). Freiheitsbeschränkungen für Erwachsene in Heimen. <i>Pflegerecht</i> 02/2018: 67-75</p> <p>Staggs VS, Olds DM; Cramer E. et al. (2017). Nursing Skill Mix, Nurse Staffing Level, and Physical Restraint Use in US Hospitals: a Longitudinal Study. <i>Journal of Internal Medicine</i>, 32(1): 35-41. doi: 10.1007/s11606-016-3830-z</p>
3	<p>Brown, C. A., Wielandt, P., Wilson, D., Jones, A., & Crick, K. (2014). Healthcare providers' knowledge of disordered sleep, sleep assessment tools, and nonpharmacological sleep interventions for persons living with dementia: a national survey. <i>Sleep Disorders</i>, 274–286.</p> <p>Garms-Homolová, V., & Flick, U. (2013). <i>Schlafstörungen im Alter: Risikofaktoren und Anforderungen an Behandlung und Pflege</i>. Göttingen: Hogrefe Verlag.</p> <p>Guarnieri, B., & Sorbi, S. (2015). Sleep and Cognitive Decline: A Strong Bidirectional Relationship. It Is Time for Specific Recommendations on Routine Assessment and the Management of Sleep Disorders in Patients with Mild Cognitive Impairment and Dementia. <i>European Neurology</i>, 43–48.</p> <p>Norton, C., Flood, D., Brittin, A., & Miles, J. (2015). Improving sleep for patients in acute hospitals. <i>Nursing Standard</i>, 29(28), 35–42.</p>
4	<p>Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. (2015). Prävention und Kontrolle Katheter-assoziiertes Harnwegsinfektionen: Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut [Not Available]. <i>Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz</i>, 58(6), 641–650. doi:10.1007/s00103-015-2152-3</p> <p>Niederhauser, A., Züllig, S., Marschall, J. & Schwappach, D. L. (2018). Nurses' and Physicians' Perceptions of Indwelling Urinary Catheter Practices and Culture in Their Institutions. <i>Journal of patient safety</i>. doi:10.1097/PTS.0000000000000502</p> <p>Sesartic, B. P. (2011). <i>Guidelines St. Galler Geriatriekonzept. Guideline Nummer S-14: Harnwegsinfekt im Alter</i> (No. Version 1.0). St. Gallen.</p> <p>Tenke, P., Mezei, T., Böde, I. & Köves, B. (2017). Catheter-associated Urinary Tract Infections. <i>European Urology Supplements</i>, 16(4), 138–143. doi:10.1016/j.eursup.2016.10.001</p> <p>Züllig, S., Marschall, J. & Leuthold, M. (2015). Sicherheit bei Blasenkathetern: Das dritte nationale Pilotprogramm «progress!» von Patientensicherheit Schweiz. <i>Schweizerische Ärztezeitung - Bulletin des Médecins Suisses - Bolletino dei Medici Svizzeri</i>, 96(38), 1358–1359.</p>
5	<p>Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gélinas, C., Dasta, J. F., Davidson, J. E., ... Jaeschke, R. (January 01, 2013). Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. <i>Critical Care Medicine</i>, 41, 1, 263-306.</p> <p>Boustani, M. A., Boustani, M. A., Fox, G. C., Fox, G. C., Munger, S. L., Ott, C., Guzman, O., ... Singh, R. (January 01, 2009). Pharmacological Management of Delirium in Hospitalized Adults - A Systematic Evidence Review. <i>Journal of General Internal Medicine</i>, 24, 7, 848-853</p> <p>Savaskan, E., & Hasemann, W. (2017). <i>Leitlinie Delir: Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter</i>.</p> <p>Savaskan, E., Baumgartner, M., Georgescu, D., Hafner, M., Hasemann, W., Kressig, R. W., Popp, J., ... Verloo, H. (2016). Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter. <i>Praxis</i>, 105, 16, 941-52. DOI 10.1024/1661-8157/a002433</p> <p>Ulrich-Hermann, A., Kramer, F., & Spirig, R. (February 01, 2010). Pflegerische Ansätze der nicht-medikamentösen Therapie des Deliriums. <i>Therapeutische Umschau</i>, 67, 2, 87-90.</p>