

# INHALTSVERZEICHNIS: QUALITÄTSKONZEPT FACHGRUPPE PHYSIOTHERAPIE IN DER GERIATRIE

Der geriatrische Patient .....	3
Das Berufsbild: "Physiotherapeutin mit Spezialgebiet Geriatrie" .....	4
Qualitätskonzept der Fachgruppe Physiotherapie in der Geriatrie (FPG).....	5
1. Indikationsqualität 5	
1.1. Patient.....	5
1.2. Arzt.....	5
1.3. Physiotherapeutin .....	5
2. Prozessqualität 5	
2.1. Ethik .....	5
2.2. Kommunikation .....	5
2.3. Hausbesuche .....	6
2.4. Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	6
2.5. Standortgespräche .....	6
2.6. Befund.....	6
2.7. Zielsetzung .....	6
2.8. Die Behandlung.....	7
2.9. Verlaufskontrollen .....	7
2.10. Therapieabschluss.....	8
3. Ergebnisqualität 8	
3.1. Patientenbezogen.....	8
3.2. Als Partner im Netzwerk.....	8
3.3. Aus der Sicht der Kostenträger .....	8
4. Strukturqualität 9	
4.1. Räumlichkeiten.....	9
4.2. Fort- und Weiterbildungen .....	9
4.3. Dokumentation .....	9

*In diesem Dokument werden die Bezeichnung "Patient" und "Physiotherapeutin" für beide Geschlechter benutzt.*

# Der geriatrische Patient

---

Das "Profil des geriatrischen Patienten" ist durch folgenden Merkmale gekennzeichnet. **"Geriatrische Rehabilitation im Therapeutischen Team"** (1995) M. Runge, G. Rehfeld, Thieme Verlag, Seite 7 "Profil des Geriatrischen Patienten"

"Nicht alle diese Merkmale müssen in jedem Einzelfall vorliegen. Jeder Patient hat ein bestimmtes Profil, das sich aus mehrerer dieser Merkmale in unterschiedlicher Ausprägung zusammensetzt.

- biologisches Alter mit physiologischen Altersveränderungen
- multiple chronische Erkrankungen und multiple funktionelle Einschränkungen in wechselseitiger Beeinflussung
- grosse intra- und interindividuelle Schwankungsbreite der Normalwerte
- atypische Symptomenpräsentation
- somatisch, kognitiv und affektiv erhöhte Instabilität und verringerte Anpassungsfähigkeit
- fehlende sektorielle Begrenzung eines Organschadens
- kritisch begrenzte Kompensationsfähigkeit
- Gefahr der Fehlanpassung
- reduzierte Spontanrekonvaleszenz
- drohende Immobilisation
- oft unzureichende oder fehlreagierende soziale Unterstützungssysteme
- biographische Krisensituationen
- verminderte oder bedrohte Alltagskompetenz und damit
- Notwendigkeit der Rehabilitation und /oder Langzeitbetreuung und Langzeitpflege"

## **Das Berufsbild: "Physiotherapeutin mit Spezialgebiet Geriatrie"**

---

Die in der Geriatrie aktiven Physiotherapeutinnen besitzen ein vom SRK anerkanntes Diplom und vertreten das Berufsbild vom Schweizer Physiotherapie Verband. Die Anforderungen an die Physiotherapie in der Geriatrie sind sehr vielfältig:

- Der Patient, mit seinen Fähigkeiten, Beschwerden und persönlichen Zielsetzungen steht im Vordergrund.
- Das "bio-psycho-soziale Konzept" dient als Grundlage, d.h. nebst den körperlichen Beschwerden werden psychische und soziale Faktoren mitberücksichtigt.
- Zu dieser Arbeit gehört theoretisches Wissen über normale Alterungsprozesse.
- Es wird ein fundiertes theoretisches und praktisches Wissen vieler medizinischer Fachdisziplinen vorausgesetzt. Dazu kommen die ständig wachsenden Erkenntnisse über die im Alter auftretenden Erkrankungen des Bewegungsapparats, des Atmungsapparats, der inneren Organe, der Sinnesorgane, des Herzkreislaufs, des Nervensystems, und der Psyche, sowie deren Interaktionen.
- Anhand dieses fundierten Wissens können Konsequenzen für die Behandlung abgeleitet werden.
- Die grossen individuellen Schwankungen der Ressourcen des Patienten verlangen von der Physiotherapeutin ein hohes Mass an Flexibilität bei der Methodenauswahl und bei der Behandlungsintensität.
- Die Physiotherapeutin bildet sich kontinuierlich weiter. Sie integriert neue Erkenntnisse in den Berufsalltag.
- Die Physiotherapeutin muss Interesse am alten Menschen haben. Sie achtet seine Würde und begegnet ihm mit Respekt und Geduld.
- Die physiotherapeutische Arbeit in der Geriatrie verlangt Offenheit für Neues und Eigeninitiative.
- Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist Voraussetzung für eine optimale Behandlung.
- Es wird zielorientiert gearbeitet und das Behandlungsergebnis kritisch evaluiert.
- Das International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der WHO dient als Grundlage unserer Therapiezielsetzung.

# Qualitätskonzept der Fachgruppe Physiotherapie in der Geriatrie (FPG)

---

## 1. Indikationsqualität

Wir legen besonderen Wert auf die Zusammenarbeit mit Arzt und Patient (bzw. mit Angehörigen, Bezugspersonen, Pflegepersonen und anderen beteiligten Berufsgruppen).

*Die Standards "Indikationsqualität" des Schweizer Physiotherapie Verbands dienen als Grundlage. Die wichtigsten Schwerpunkte der physiotherapeutischen Arbeit in der Geriatrie sind:*

### 1.1. Patient

Einverständnis des Patienten (bzw. der Angehörigen, Bezugspersonen, Pflegepersonen)

### 1.2. Arzt

Die ärztliche Verordnung muss Diagnose, Nebendiagnosen, Risikofaktoren und Behandlungsziele beinhalten. Die Berücksichtigung sämtlicher Informationen unterstützt den nachhaltigen Nutzen einer physiotherapeutischen Behandlung.

### 1.3. Physiotherapeutin

Therapieziele sind formulierbar (geriatisches Assessment).

Das Wiedererreichen oder die Erhaltung eines Zustandes von möglichst grosser Selbständigkeit im Alltag innerhalb des gewohnten Umfelds wird angestrebt. Zu diesem Zweck dient das ICF-Modell des WHO als Denkmodell.

## 2. Prozessqualität

*Die Standards "Prozessqualität" des Schweizer Physiotherapie Verbands dienen als Grundlage. Die wichtigsten Schwerpunkte der physiotherapeutischen Arbeit in der Geriatrie sind:*

### 2.1. Ethik

#### 2.1.1. Umgang mit dem geriatrischen Patienten

Die physiotherapeutische Arbeit in dieser Lebensphase verlangt eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Altersbild.

Die Physiotherapeutin begegnet den alten Menschen mit Würde und Respekt.

#### 2.1.2. Umgang mit Sterbenden und mit der Todesnähe

Die physiotherapeutische Arbeit in dieser Lebensphase verlangt eine persönliche Auseinandersetzung mit den Themen Sterben und Tod. Die Physiotherapeutin sorgt für ihre eigene Psychohygiene.

### 2.2. Kommunikation

2.2.1. Interdisziplinäre Kontakte zu Ärzten, Pflegepersonal und anderen TherapeutInnen werden gepflegt. Bei Bedarf werden Standortgespräche durchgeführt.

2.2.2. Die Patientenzufriedenheit wird laufend erfasst und berücksichtigt, da diese wesentlich zum Behandlungserfolg beiträgt.

- 2.2.3. Bei der Erstellung von Übungsprogrammen, bei der Vergabe von Terminen und bei allen anderen Anweisungen an den Patienten wird auf die individuelle Fähigkeit (Sehkraft, kognitiver Zustand, etc) Rücksicht genommen.
- 2.2.4. Bei einem Therapeutenwechsel wird der Patient vorher informiert. Ideal ist die Weitergabe aller relevanten Informationen (nach Absprache mit dem Patienten) vor Therapiebeginn.
- 2.2.5. Beim geriatrischen Patienten können Kommunikationsschwierigkeiten die Zusammenarbeit erschweren. Die Erhebung der Anamnese, des Befunds und die gemeinsame Zielsetzung müssen entsprechend angepasst werden.

**Für diese Patienten gelten folgende Punkte:**

- 2.2.5.1. Der Patient wird bei wichtigen Entscheidungen miteinbezogen.
- 2.2.5.2. Die Kommunikationsform wird, wenn möglich dem Zustand des Patienten angepasst. Sowohl verbale wie nonverbale Ausdrucksformen werden genutzt.
- 2.2.5.3. Zur Ergänzung werden weitere Informationen (nach Absprache mit dem Patienten) von Bezugspersonen, Pflegepersonal, anderen Therapeutinnen und vom Arzt eingeholt.
- 2.2.5.4. Die Schweigepflicht muss auf jeden Fall beachtet werden.

**2.3. Hausbesuche**

Bei den Domizilbehandlungen wird ein grosser Respekt vor der Intimsphäre verlangt.  
Die Besuche werden vorangekündigt und die Termine eingehalten.

**2.4. Interdisziplinäre Zusammenarbeit**

Im Idealfall werden die Ziele gemeinsam festgelegt. Bei der interdisziplinären Zusammen-arbeit ist der **Informationsaustausch** von grosser Bedeutung. Wo immer möglich werden die vereinbarten Therapieziele allen beteiligten Personen mitgeteilt.

**2.5. Standortgespräche**

Bei Bedarf (schwierige Situation / unklare oder unterschiedliche Zielsetzungen) werden Standortgespräche mit allen beteiligten Personen einberufen.

**2.6. Befund**

- 2.6.1. Die Anamnese wird gemeinsam mit dem Patienten erstellt. Bei Kommunikationsschwierigkeiten werden die nötigen Informationen (mit dem Einverständnis des Patienten) von Bezugspersonen, anderen Therapeutinnen und/oder vom Arzt eingeholt.
- 2.6.2. Der initiale Befund wird in den ersten drei Sitzungen erhoben.
- 2.6.3. Geeignete Messparameter werden gewählt und die Eckwerte schriftlich festgehalten.

**2.7. Zielsetzung**

- 2.7.1. Die Zielvereinbarung ist ein Konsens aus physiotherapeutischen Zielen, den Zielen des Patienten und des Arztes. Das Umfeld (Pflege, Bezugspersonen) wird dabei mitberücksichtigt.

- 2.7.2. Die Ziele werden zusammen mit dem Patienten besprochen. Die Effektivität und Effizienz der Behandlung werden so unterstützt.
- 2.7.3. Die Ziele beziehen sich auf die funktionellen Fähigkeiten des Patienten im Sinne des ICF-Modells und werden schriftlich festgehalten.
- 2.7.4. Die Ziele berücksichtigen die Aspekte Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (KVG).
- 2.7.5. Bei einem unvorhergesehenen Verlauf werden die Ziele neu angepasst. In diesem Fall wird neuer Konsens Patient/Arzt//Therapeutin gesucht.

## **2.8. Die Behandlung**

- 2.8.1. Der Patient wird über die physiotherapeutische Planung und die Behandlungsabläufe während der ersten Sitzung informiert.
- 2.8.2. Die Behandlung erfolgt mit Hilfe von Therapiekonzepten, die dem Patienten angepasst und zur Zielerreichung angebracht sind.
- 2.8.3. Die Therapeutin setzt ihre Erfahrung und ihr Fachwissen ein.
- 2.8.4. Die Behandlung umfasst die Instruktion des Patienten und ev. von Bezugspersonen und Pflegepersonal
- 2.8.5. Termine werden, möglichst unter Berücksichtigung der Belastbarkeit und des Tagesablaufs des Patienten festgelegt.
- 2.8.6. Die besondere Situation am Domizil wird, wenn möglich vor Ort besprochen und beraten.
- 2.8.7. Die Behandlung beinhaltet, wo notwendig, die Beratung oder das Vermitteln von Hilfsmitteln.
- 2.8.8. Bei Bedarf vermittelt die Physiotherapeutin Adressen und Informationen für soziale Hilfen wie Selbsthilfegruppen und Entlastungsdienste für Angehörige.

## **2.9. Verlaufskontrollen**

Subjektive und objektive Beobachtungen werden regelmässig festgehalten.

- 2.9.1. Die Wirksamkeit und Qualität der physiotherapeutischen Behandlung werden kritisch evaluiert.
- 2.9.2. Für die Verlaufskontrollen werden geeignete Messparameter benutzt.
- 2.9.3. Die Behandlungen beinhalten jeweils einen kurzen Befund über den momentanen Gesundheitszustand. Die Therapie wird der Situation angepasst.
- 2.9.4. Die laufenden Behandlungen werden mit Datum und Dauer dokumentiert. Veränderungen (eventuell mit neuem Ziel und Ergebnis) werden schriftlich festgehalten.
- 2.9.5. Bei ambulanten Patienten wird nach den ersten Behandlungen zusammen mit dem Patienten eine Standortbestimmung gemacht und die therapeutischen Ansätze bei Bedarf angepasst.
- 2.9.6. Bei Langzeitpatienten genügt eine schriftliche Dokumentation zwei Mal pro Jahr oder bei Veränderung des Zustands.

## **2.10. Therapieabschluss**

- 2.10.1. Beim Therapieabschluss wird das Ergebnis evaluiert. Werden die Ziele nicht erreicht, ist eine Begründung festzuhalten.
- 2.10.2. Zur Kontrolle werden beim Abschluss die gleichen Messparameter benutzt wie bei der Aufnahme.
- 2.10.3. Der Therapieabschluss wird zusammen mit dem Patienten und/oder dem Umfeld geplant. Allfällige weitere Aktivitäten und Hilfsmittelversorgung werden vor Abschluss in die Wege geleitet.

### **Die Therapie kann in folgenden Fällen abgeschlossen werden:**

- wenn die genannten Therapieziele erreicht sind.
- wenn der Patient keine Therapie mehr will.
- wenn durch eine neue Krankheit oder durch eine Verschlechterung des Zustands die Zielvereinbarung nicht mehr zutreffend ist und keine neuen physiotherapeutischen Ziele vereinbart werden können.
- wenn der Arzt keine weitere Physiotherapie verordnet.
- wenn die Kosten nicht gedeckt werden.

## **3. Ergebnisqualität**

Die Physiotherapeutin ist verantwortlich für die kritische Evaluation ihrer Behandlungen. Die Erfassung erfolgt auf drei Ebenen.

*Die Standards des Schweizer Physiotherapie Verbands (Outcome Projekt) dienen als Grundlage. Die wichtigsten Schwerpunkte der physiotherapeutischen Arbeit in der Geriatrie sind:*

### **3.1. Patientenbezogen**

- 3.1.1. Die Zufriedenheit aus der Sicht des Patienten wird mindestens mündlich erfragt und schriftlich festgehalten.
- 3.1.2. Die therapeutischen Ergebnisse aus der Sicht der Physiotherapeutin werden zum Abschluss schriftlich festgehalten.

### **3.2. Als Partner im Netzwerk**

Die Zufriedenheit der zuweisenden Ärzte, des beteiligten Pflegepersonals und der Bezugspersonen wird mündlich oder schriftlich erfasst.

### **3.3. Aus der Sicht der Kostenträger**

Auf dieser Ebene arbeitet der Schweizer Physiotherapie Verband zur Zeit an einem Outcome Projekt. Die Folgen für die Physiotherapie in der Geriatrie werden zu einem späteren Zeitpunkt diskutiert.

## 4. Strukturqualität

*Die Standards "Strukturqualität" (Dokumentation, Infrastruktur) des Schweizer Physiotherapie Verbands dienen als Grundlage. Die wichtigsten Schwerpunkte der physiotherapeutischen Arbeit in der Geriatrie sind:*

### 4.1. Räumlichkeiten

Die Praxis enthält Mobiliar und Therapiegeräte, die sinnvoll und zweckmässig bei älteren Menschen eingesetzt werden können.

### 4.2. Fort- und Weiterbildungen

4.2.1. Fortbildungen zu verschiedenen Themen werden im Zusammenhang mit den Qualitätsanforderungen für Physiotherapeutinnen regelmässig besucht. Die Anliegen geriatrischer Patienten werden bei der Umsetzung berücksichtigt.

4.2.2. Jährlich wird mindestens eine Fortbildung besucht, die speziell auf die Problematik des älteren Menschen eingeht. Diese Fortbildungen sollten die Empfehlungen des Schweizer Physiotherapie Verbands bezüglich Qualität erfüllen. (siehe Handbuch "Qualität in der Physiotherapie" 2001)

### 4.3. Dokumentation

Die Dokumentation sollte aussagekräftige Eckwerte enthalten und eine schnelle Erfassung der Situation ermöglichen.

Zur Zeit werden in diesem Bereich Erfahrungen gesammelt.

4.3.1. Messinstrumente werden benutzt um Verlaufs- und Qualitätskontrollen durchzuführen. Therapieresultate können so dokumentiert werden (Outcome).

4.3.2. Es werden möglichst Messinstrumente verwendet, welche Alltagsfunktionen berücksichtigen.

4.3.3. Instrumente von anderen Disziplinen werden als Ergänzung genutzt.

4.3.4. Um die Kommunikation mit Ärzten und anderem medizinischen Personal zu vereinfachen werden standardisierte, wenn möglich validierte Instrumente verwendet.