

Sicherheit versus Lebensqualität für Menschen mit und ohne Demenz

Pflegewissenschaftliche Aspekte zum Umgang mit
Fixierungen

Charlotte Boes

Pflegewissenschaftlerin
(MScN)

Themen

- n Freiheitsentzug-
wessen Sicherheit?
- n Verhalten bei Demenz
- n Recht auf Normalität in
der Demenz
- n Mitarbeiterunter-
stützung



Zwangsstuhl 1800/1850

[http://www.imperfekt.de/
ausstellung.html?page=leh_index](http://www.imperfekt.de/ausstellung.html?page=leh_index)

Gründe für freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM)

- n Sturzgefährdung
 - n Als Schutzmaßnahme gedacht
- n Herausfordernde Verhaltensweisen
 - Motorische Unruhe
 - Umherlaufen
 - Weglaufen
- n Als Schutzmaßnahme gedacht

(Lavery 2005; u.a.)

Freiheitsentziehende Maßnahmen und Sicherheit

Sicherheit – Freiheit

- Persönliche Sicherheit (auch Geborgenheit)
- Kollektive Sicherheit

Sicherheit versus Freiheit sind immer
zeitgeschichtliche Konstrukte.

Freiheitsentziehende Maßnahmen dienen weniger
der persönlichen Sicherheit und mehr der
kollektiven Sicherheit.

Verhaltensnormen und Freiheitsentzug

Verstoß gegen Sitte und Ordnung durch:

- n Verbal oder physisch aggressives Verhalten
- n Lautes Verhalten
- n Unruhiges Verhalten
- n Wahnvorstellungen, Halluzinationen
- n Störendes Verhalten

Was ich nicht verstehe, mache ich zum Objekt.

Was ich verstehe, bewirkt die Auseinandersetzung mit einem Subjekt.

FEM in der stationären Pflege

- n Prävalenz von FEM zwischen 5% und 70% (Hamers & Huizing 2005, Evans et al. 2002, DeVries et al. 2004, Evans & Cotter 2008).
- n Die häufigsten FEM sind Bettgitter, Gurte im Bett und im Stuhl sowie feste Stecktische an Stühlen („Therapeutische“) (Hamers & Huizing 2005, Evans et al. 2002).

FEM Studie in Alten- und Pflegeheimen Hamburg (Meyer & Köpke 2008)

(n=2367, 30 Einrichtungen):

- n FEM am Stichtag 26,2%, im Verlauf 39,8%
- n Davon Bettgitter am Stichtag 24,5%, im Verlauf 38,5%
- n Unterschiede in den Einrichtungen 4,4% - 58,9 %
- n Psychotrope Medikation 52,4 %
- n Unterschiede in den Einrichtungen 27,8% – 83,3%
- n Risiko: höhere Pflegestufe, kognitive Beeinträchtigung, Stürze in der Vorgeschichte

Mögliche Folgen von FEM für die Betroffenen

n Körperlich

- n Immobilität, Quetschungen, Nervenverletzungen, Ischämien, Strangulation, plötzlicher Herztod

n Psychisch

- n Stress, Reduzierung von Lebensqualität und Wohlbefinden, Vertrauensverlust in Betreuende, Angst, Wut, Rückzug

(Becker et al. 2006)

- n Es gibt bisher keinen eindeutigen Beweis, dass FEM Stürze verhindern. Im Gegenteil: Bewegungseinschränkung erhöht die Sturzgefahr

(Henke 2008)

Fixierung mit Todesfolge

Gurtfixierung im Bett in Kombination mit Seitengittern

- n Eine Untersuchung von 122 Todesfällen durch Gurtfixierung und Seitengitter ergab, dass 58% der Personen erstickte (Miles & Irvine 1992).

Zwischen 1985 – 1999 wurden der FDA (Food and Drug Administration) 371 Unfälle gemeldet, die durch Seitengitter verursacht waren.

- n 228 Todesfälle, 87 leichte Verletzungen, 56 konnten rechtzeitig gerettet werden.

„Gewalt“ im häuslichen Umfeld ist vermutlich nicht geringer als in der Institution (Handeln statt Mißhandeln 2004). Hier fehlen gesicherte Untersuchungen und Konzepte.

Mögliche Folgen von FEM für die Mitarbeiter

- n Ohnmachtgefühle
- n Gefühl der eigenen Hilflosigkeit
- n Schuldgefühle
- n Krankheit und Burnout
- n Vertrauensverlust bei Betroffenen und Angehörigen

(Becker et al. 2006)

Verhalten bei Menschen mit Demenz - Wie kann man das verstehen?

Verhalten ist Kommunikation

- „Relatives Wohlbefinden bedeutet, dass den Grundbedürfnissen der Menschen mit Demenz nachgekommen wird und es den Pflegenden und Betreuenden gelingt, Wünsche und Bedürfnisse herauszufinden und zu befriedigen, Verhalten als Kommunikation zu deuten und die darin enthaltenen Intentionen zur Zufriedenheit zu ergänzen, zu unterstützen und zum Erfolg zu bringen.“

(Müller-Hergl 2000)

Die Übernahme der Perspektive des Anderen

Menschen sind Subjekte- jedes Subjekt ist einzigartig.

- Verhalten ist immer Kommunikation
- Verhaltensweisen können die bürgerliche Toleranz überfordern
- Pflege ist ein Beziehungsprozess, insbesondere zu abhängigen Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz
- Kritische Fragen sozialer Norm und Toleranz müssen immer auch öffentliche Auseinandersetzungen sein, weil immer im öffentlichen Auftrag gehandelt wird.

Wohlbefinden und Emotion

„Kein Mensch kann glücklich sein, wenn er sich nicht selbst dafür hält“ (Seneca)

Wohlbefinden

Freude, Vergnügen
Interesse,
Beschäftigung

(Lawton)

Unwohlsein

Angst, Sorge
Ärger, Wut
Trauer,
Depression

- Wandering, Agitation, Apathie, Angst u.a.
- Häufigkeit zwischen 10 und 93% bei Demenz (Forschung eher aus dem stationären Setting). In einer US-Studie wurden 30,1% BPSD bei Menschen ohne kognitive Einschränkungen gefunden.
- In Norwegen wurden bei 67% der Altenheimbewohner Fixierungen und andere freiheitsentziehende Maßnahmen durchgeführt.

Verstehende Diagnostik

- Zugang zu einer Pflegesituation, in der die Probleme nicht allein aus der objektiven Sicht der professionellen Helfer gesehen wird, sondern auch die subjektive Sicht der Betroffenen analysiert und definiert wird.
- Grundlage kann das bedürfnisbedingte Verhaltensmodell sein
- Situationsanalyse und Diagnoseprozess einschließlich Maßnahmen werden im Rahmen einer Fallbesprechung erarbeitet u.U. mit Angehörigen, Ärzten etc.

(Rahmenempfehlung
Bundesministerium für Gesundheit 2007)

NDB-Modell (Bedürfnisbedingte Verhaltensmodell)

Hintergrundfaktoren

Neurologischer Status:

Tagesschwankungen der Leistungsfähigkeit, motorische Fähigkeiten, Gedächtnis/Merkfähigkeit, Sprache, Sensorische Fähigkeiten

Gesundheitsstatus

Demographische Variablen:

Allgemeinzustand, Funktionsfähigkeit (ADL/IADL), Affekt, Geschlecht, Ethnizität, Familienstand, Schulbildung, Beruf

Psychosoziale Variablen:

Persönlichkeit, Verhaltensreaktion auf Stress

Proximale/Nahe Faktoren

Physiologische Bedürfnisse:

Hunger und Durst, Ausscheidung, Schmerz, Unbehagen/Unwohlsein, Schlafstörungen

Funktionale Leistungsfähigkeit

Psychosoziale Bedürfnisse:

Affekt, Emotionen (Angst, Langeweile), Anpassung der Unterstützung an die Fähigkeiten

Physikalische Umgebung:

Gestaltung, Design, Routine/ Stationsalltag, Lichtstärke, Geräuschpegel, Wärmegrad

Soziale Umgebung:

Personalausstattung und -stabilität, Umgebungsatmosphäre, Präsenz anderer

Interventionen bei herausforderndem Verhalten

- Verstehende Diagnostik
- Assessmentinstrumente
- Validieren
- Erinnerungspflege
- Berührung, basale Stimulation, Snoezelen
- Bewegungsförderung
- Pflegerisches Handeln in akuten psychiatrischen Krisen

Normalität und Alltag

Das Recht darauf, anders normal zu sein

- n Normalisierungsprinzip
Raum, Vertrautheit, soziale Gruppe,
Rückzug, Bewegung, Beschäftigung,
Innen und außen
- n Pflege als Alltagsbegleitung,
empathische Haltung,
Fähigkeitenmix im Team
- n Öffentlichkeit und Öffnung

Lebensumfeld und Demenz

- n Wechselwirkungen zwischen Umwelt und Mensch
 - n Auswirkungen auf Verhalten, Handlungen, Gefühle
- n Empfehlungen: warme Farben, Kontraste schaffen, Übersichtlichkeit, Aufforderungscharakter der Einrichtung

(Radzey 2009)

Ansätze zur Mitarbeiterunterstützung

- Reflexion der Arbeits- und Fixierungssituation
 - Fallbesprechung
 - Supervision
- Fortbildungen im Bereich Gesprächsführung, nonverbale Kommunikation, Deeskalationsstrategien, Basale Stimulation ...

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



<http://diegesellschafter.de/projekt/plakatespots/index.php>

Literatur

- BMG (Hrsg): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe: 2006
- Edelman P., Fulton B.R., Kuhn D., Chang C.H.: A Comparison of Three Methods of Measuring Dementia Specific Quality of Life: Perspectives of Residents, Staff, and Observers In: THE GERONTOLOGIST, Vol 45, Special Issue 1, 2005
- During A.: Macht das „Setting“ den Unterschied? VDM Verlag Dr. Müller, 2007
- Hamers J., Meyer G., Kopke S., Lindenmann R., Groven R., Huizing A.R.: Attitudes of Dutch, german and Swiss nursing staff towards physical restraint use in nursing home residents, a cross-sectional study. In: International Journal of Nursing Studies, 2008, doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.06.007
- Henke, F. (2008): Die Fixierung als Ultima ratio; In: Pflegen Demenz, VOL 6, 2008, S. 30 - 32
- Kopke S., Meyer G.: Zwickmühle der Altenpflege. In: Pflegezeitschrift, VOL 10, 2008, S. 556-558
- Sauter D., Abderhalden C., Needham I., Wolff S.: Lehrbuch psychiatrische Pflege. Verlag Hans Huber, 2004
- Schnell M.W. (Hrsg): Pflege und Philosophie. Verlag Hans Huber, 2002
- Sowarka D., Schwichtenberg-Hilmert B., Tharkow K.: Gewalt gegen ältere Menschen: Ergebnisse aus Literaturrecherchen, 2002; http://www.dza.de/download/DP_36.pdf
- Testad I., Aasland A.M., Aarsland D.: The effect of Staff Training on the use of restraint in dementia: a single-blind randomised controlled trial. In: International Journal of geriatric Psychiatry, 20, 2005: 587-590