

Nicht anschnallen bitte- sicher ohne FEM

Pflege ohne Zwang bei Menschen mit Demenz

Veranstaltung vom BMFSFJ und ZQP
Berlin, 7. November 2013

Uwe Brucker

Teamleiter Pflege, MDS, Essen

U.Brucker@mds-ev.de

www-pea-ev.de

Das erwartet Sie in den kommenden 20 Minuten

- Ein paar Zahlen zu den freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM)
- Begründungen aus der Pflege, warum fixiert wird
- Überprüfung einiger dieser Gründe
- Der Weg zur Fixierung
- Der Werdenfelser Weg als Ausweg
- Zum Verhältnis von Pflege und Technikeinsatz
- Die Rolle des Managements

Entwicklung der FEM 1998-2011

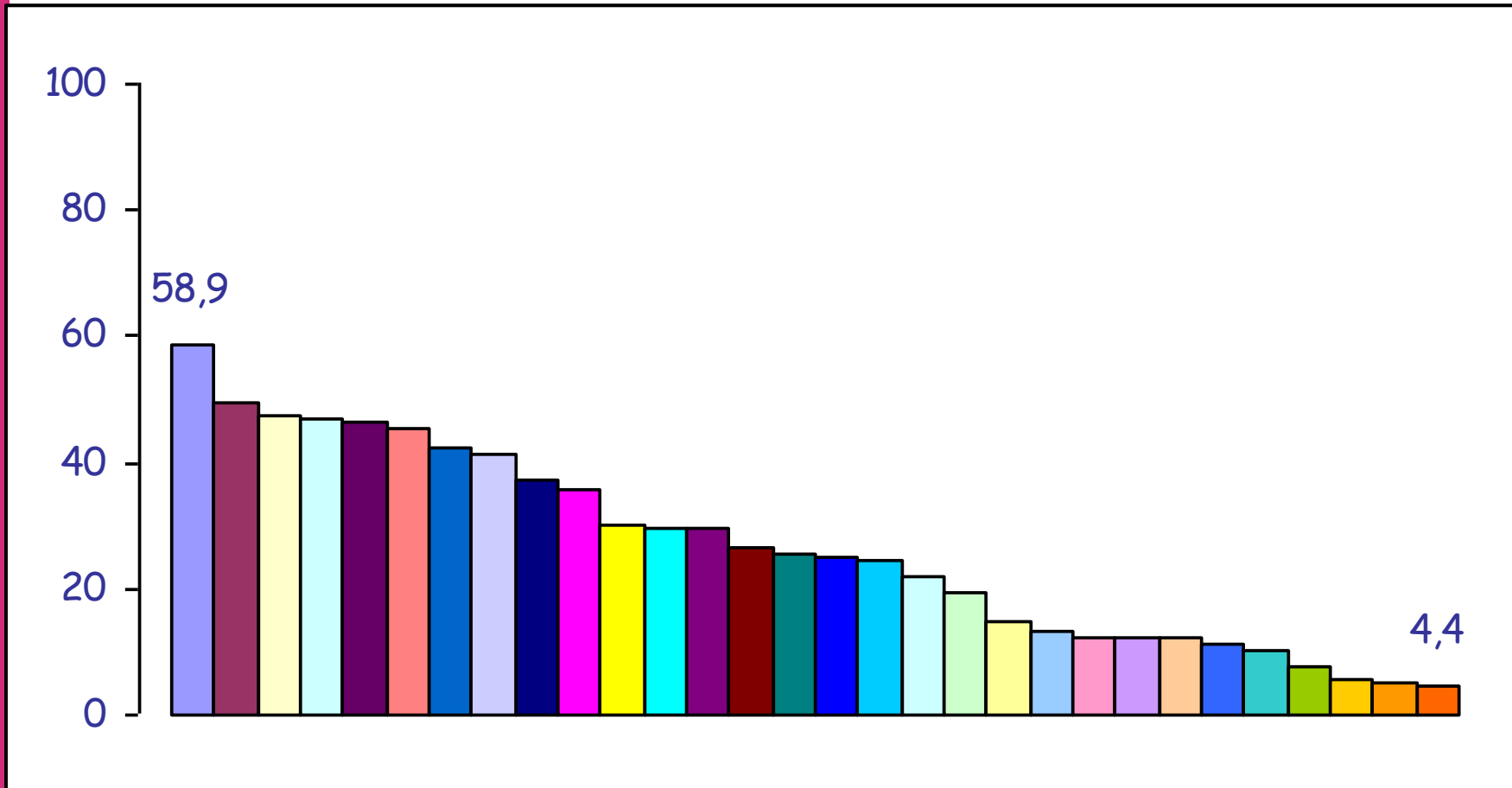
Verhältnis Genehmigungen: Ablehnungen durch AG

(Quelle: Bundesjustizamt Oktober 2013; eigene Berechnungen U.Brucker)

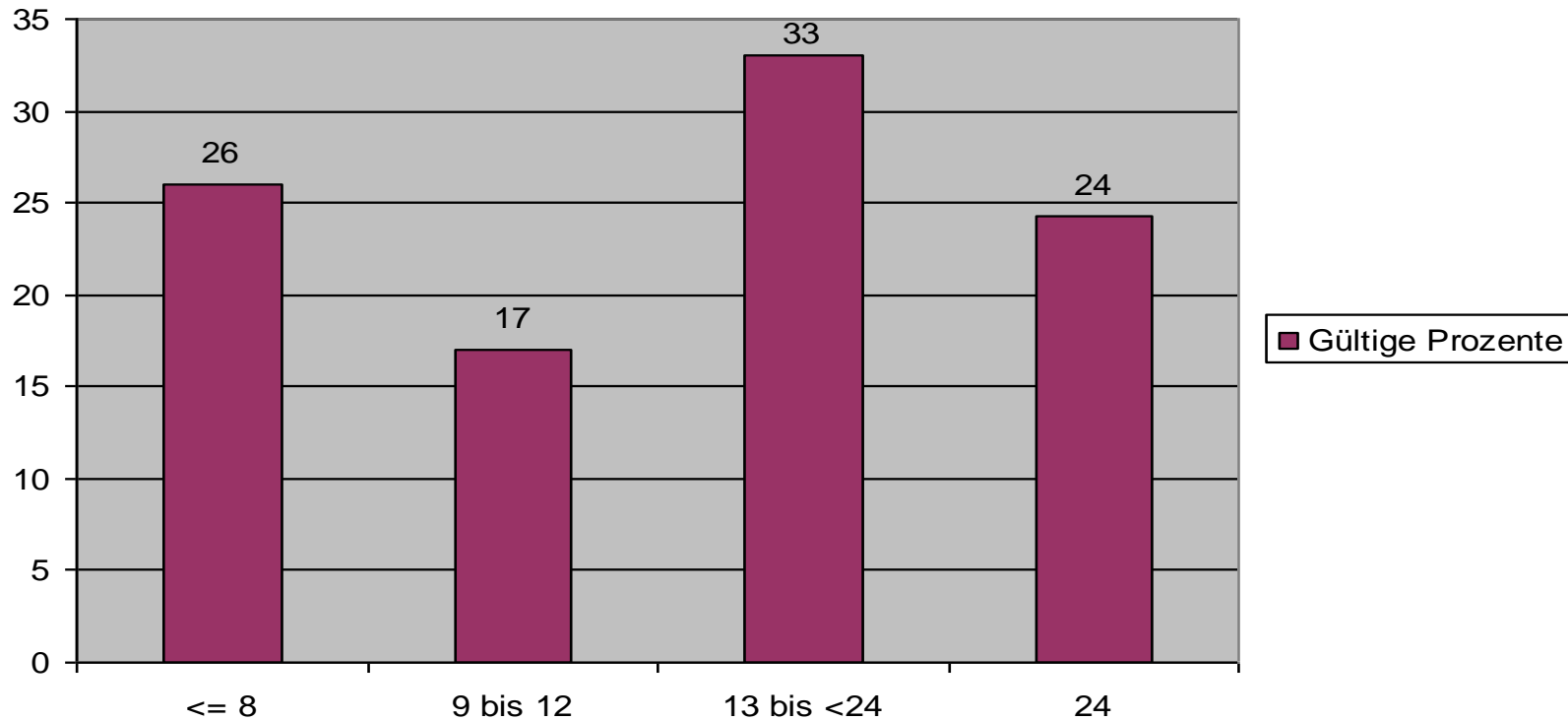
| | 1998 | 2002 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | Veränderungen 1998-2012 | Vergleich 2010- 2012 |
|--------------------------------|--------|--------|--------|---------|---------|--------|--------|--|-------------------------|
| Beantragte Verfahren FEM | 40.337 | 71.914 | 98.299 | 103.578 | 106.021 | 96.788 | 93.753 | Mehr als das Zweieinhalbfache +262,8 % | 11,3 Rückgang |
| davon genehmigte FEM | 38.846 | 66.888 | 91.823 | 96.062 | 98.119 | 89.074 | 85.132 | Mehr als das Zweifache +219,2 % | 11,5 % Rückgang |
| davon abgelehnte FEM | 1.491 | 5.026 | 6.476 | 7.516 | 7.902 | 7.714 | 8.621 | Nahezu versechsfacht 578 % | |
| Ablehnungs- quote | 3,7 | 7,0 | 6,6 | 7,26 | 7,45 | 7,97 | 9,2 | verdoppelt + | |

Freiheits einschränkende Maßnahmen

(Meyer G, Köpcke, S. et al 2008)



Prozentualer Anteil Fixierungsdauer n=92 (Bayern)



Fixierung ist Gewalt an Pflegerbedürftigen



**Rechtlich gerechtfertigte Gewalt:
bleibt für die Betroffenen Gewalt**



Uwe Brucker - MDS e.V. - Fachgebiet Pflegerische Versorgung

Gründe für Fixierungen

- Haftungsangst
- Sturzprophylaxe
- Hausintrinsische Faktoren: kompetenter Umgang mit Menschen mit Demenz
- Unkenntnis von Alternativen bei Gericht, Betreuern, Ärzten, Pflege
- Gewohnheit
- „Hausgeist“: Gleichsetzung: wer fixiert zeigt Verantwortungsbewußtsein
- Haltung und Einstellung mündet in
- Pflege“philosophie“

Grund 1: Haftungsangst beim Personal

- **Seit Jahren:
Karawanen von
Rechtsanwälten ziehen
durch Heime**
- **verbreiten Angst und
Schrecken**
- **Pflege: „Mit einem Fuß
im Gefängnis“**
- **Selektive
Wahrnehmung des
Haftungsrechts**
- **Angst vor Regress der
KV**



Die Haftungsangst des Personals wird von Studien kaum aufgenommen:

Übertreibung und realistische Einschätzung

Haftungsangst in Pflegeheimen sorgt für eine Haltung

- **Positive Verstärkung durch Gerichte:** im Antrag Genehmigung § 1906 Abs.4 BGB steckt auch:
- **wir müssen Stürze vermeiden (Heim):** Antwort AG: **Genehmigung FEM:** Weniger Stürze = gut
- Die Logik: wo **Schaden = da Schuldiger für Stürze**, weil keine Fixierung vorgenommen wurde
- Botschaft: **Nichtfixierung = unverantwortlich** und bedarf der Rechtfertigung
- Wer (im Zweifel) fixiert = verantwortungsbewusst
- **PFK = Fixierungsverantwortliche;** Richter muss sich auf deren fachliche Einschätzung verlassen
- Haltung geht top→down, wie bottom→up

Grund 2: FEM als Sturzprophylaxe

- **Studien: Hinweise auf sturzvermeidende Wirkung von Fixierungen gibt es nicht**
- **Studienevidenz: körpernahe Fixierungen = unangemessen zur Sturzprophylaxe** Capezuti, E., et al Relationship between physical restraint removal and falls and injuries among nursing home residents. J of Gerontology 53A, M47–M52 (1998)
- **FEM ⇒ vermehrt zu Stürzen & zu Gleichgewichts- & Koordinationsproblemen der Bewohner.** Evans, D.; Wood, J.; Lambert, L.: Patient injury and physical restraint devices: a systematic review. J Adv Nurs 2003, 41 (3); S. 274-282
- **körpernahe Fixierungen: Anstieg Todesfall-risiko, Gefahr ernsthafter Verletzungen & Dauer Krankenhausaufenthalte.** Evans et al.(2003)

Grund 3: FEM und Demenz

- falsche, den Bedürfnissen von MmD nicht angepasste Betreuung ⇒ chronischer Stress
- Einschränkungen der Bewegungsfreiheit - v.a. Fixierungen- verstärken bei MmD das Gefühl des Ausgeliefertseins, der Hilflosigkeit, erschweren ihm das Verständnis der Situation
- Immobilisierung kann die Entwicklung psychotischer Symptome begünstigen
- bereits nach wenigen Stunden der Fixierung werden Halluzinationen & Wahnvorstellungen beobachtet, meistens verbunden mit erheblicher Unruhe und Aggressivität (Wojnar, J 2007)
- Fixierung wird so zur self-fulfilling-prophecy

Aus: MDS: Grundsatzstellungnahme Demenz, Essen 2009

Grund 3: FEM und Demenz

- Personal: Qualifikation zu herausforderndem Verhalten
 - Seit 2008: Eine § 87b SGB XI-Kraft je 24 MmD
 - Flankierung durch gerontopsychiatrische Fachpflegekraft?
 - MmD brauchen personelle Kontinuität
 - Arbeit mit Demenzkranken = Kommunikations- und Beziehungsarbeit= zeitintensiv
 - Arbeitsbedingungen → Zeitdruck; geringfügig Beschäftigte
- Pflege: Die ganze Welt will chinesische Altenpfleger 13.01.2013
<http://www.derwesten.de/politik/die-ganze-welt-will-chinesische-altenpfleger-id7475838.html#plx633393457>
- Aktuell: „Hart aber Fair vom 28.10.2013: Heimleiter (bpa) kritisiert PTV: unerwähnt: 14 von 33 Bewohnern haben eine btrectliche Genehmigung: Bewertung: sehr gut.

Beziehung von Pflegefachlichkeit, ethischem Verhalten und Recht

- stressfreie Betreuung von MmD: Identifizierung der Ursachen von herausforderndem Verhalten
- hieraus Alternativen zu FEM ableiten
- Erst wenn diese pflegefachliche Analyse keine Alternativen mehr zuläßt, ist für Betreuungsrichter wie für Betreuer die freiheitsentziehende Maßnahme als „erforderliche“ ultima Ratio gegeben
- Angewandte Pflegefachlichkeit wird so ethisch zur Grundlage für rechtliche Entscheidungen.
- Nicht: die rechtliche Entscheidung zur fachlich-ethischen Begründung für pflegerisches Handeln

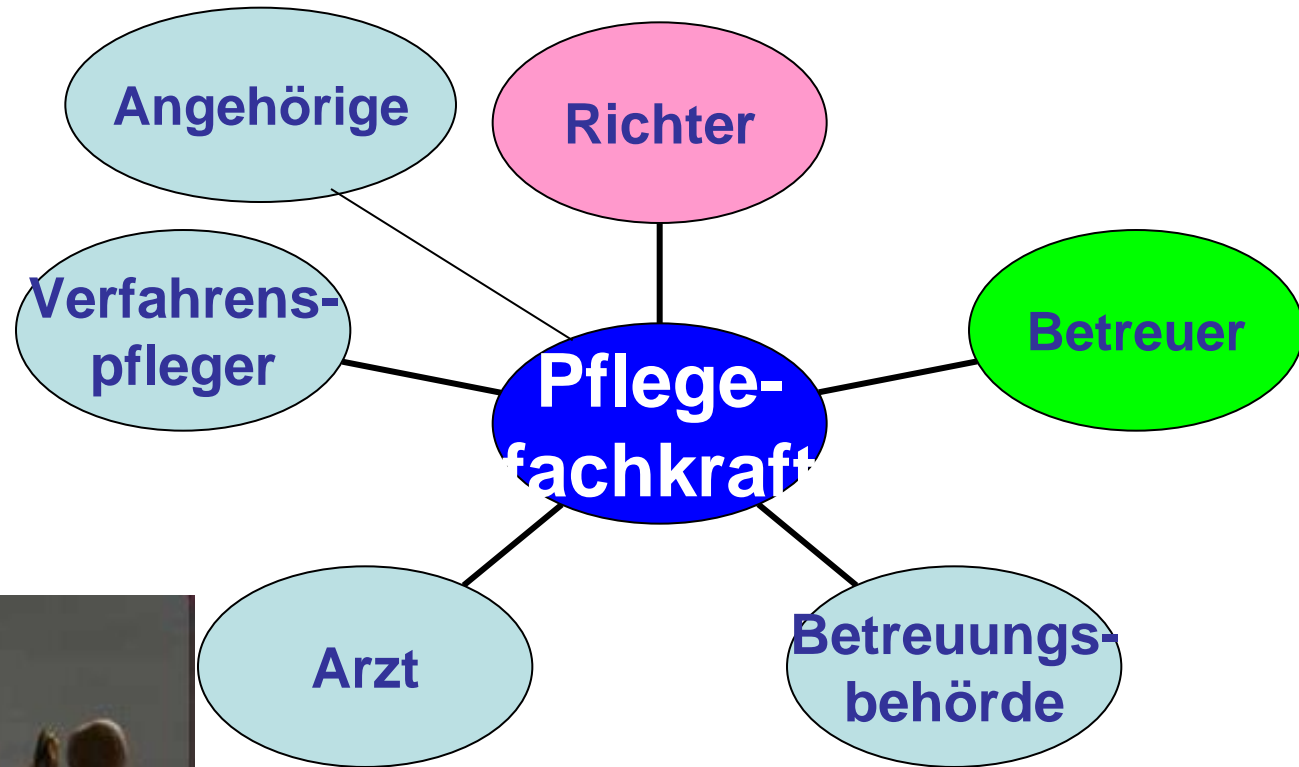
Was machen Heime, die nicht / kaum fixieren?

Lösungsstrategien

- Veränderten Haltung zu FEM dokumentieren
- Gurte und Bettgitter wegschaffen
- Präsenzkräfte
- Ehrenamtskonzept
- Schulung der Mitarbeiter
- Beratung von Angehörigen
- Fallbesprechungen
- Bewohnerspezifische Tagesstrukturen

aus: Meyer /Köpcke 2008

Entscheidungsnetzwerk bei Fixierung



Zur Ergebnisqualität von Fixierungen (1)

- Abbau der Körperfunktionen
- Durchblutungsstörungen
- Herz-Kreislauf-Belastung
- Inkontinenz & Infektionen
- Muskelabbau & Dekubitalulcera
- Agitiertheit & Soziale Isolation
- Psychiatrische Erkrankungen
- Schwere Verletzungen und Tod
- **Plötzlicher Tod durch akuten Stress** (Laposata 2006)
- Older adults with dementia have the highest risk of all patients for being restrained when hospitalized



Valerie, T. Cotter, Lois K- Evans: **Avoiding restraints in patients with dementia; MedSurgNursing (6/2006)**

Zur Ergebnisqualität von Fixierungen (2)

- Kein Wirkungsnachweis für die Reduktion des Sturzrisikos im Gegenteil mehrfach Nachweise über erhöhtes Sturz- und Verletzungsrisiko
(vgl. u. a. Feinsod/ Moore/ Levenson 1997, Bredthauer 2002, Rubenstein 2002, Evans/Wood/Lambert 2003, Berzlanovich 2008)
- Erhöhter Bedarf der Krankenbeobachtung und erhöhter Assistenzbedarf bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, reduzierte Lebensqualität (Holweg 1997, Haut/Böther/Hartmann 2007)
- Statistisch nachgewiesener erhöhter Personalbedarf um **67 – 75 % !** (Phillips/Hawes/Fries 1993, n= 11 932)

Tod durch Fixierung am Bettgitter

(nach A. Berzlanovich 2010 <http://www.fh-fulda.de/index.php?id=9017>)

N=33; davon 82 % Menschen mit Demenz

Zeit letzter Lebendkontakt und Todeszeitpunkt im

Heim: 3-4 Stunden; Krankenhaus 1'40

Todesursachen:

- Strangulation/Halskompression: 8“-10“ (19)
- Brustkorbkompression: 20“-25“ (3)
- Kopftieflage: 30“-45“ (11)

Konsequenzen für die Abstände der Besuche



Uwe Brucker - MDS e.V. - Fachgebiet Pflegerische Versorgung

Technik. Pflegewissen. Management

- Interventionen (Fortbildungen & techn. Hilfsmittel): \Rightarrow 10-20 % Reduzierung von FEM (redifix u.a.)
- Interventionen + Autorität: 65 % weniger Gurte nach 24 Monaten: EX-Belt (Gulpers, Bleijlevens, Capezuti JAmGeriatrSoc 2011; 2013)

EX-Belt-Maßnahmen:

- Wechsel der Philosophie der Einrichtung: FEM wird von oben verpönt;
- Schulung des Personals
- Beratung durch einen Pflegewissenschaftler
- Verfügbarkeit von Alternativen (Hüftprotektoren, Infrarot Alarm, Balancetraining, Niederflurbetten) ohne Zusatzkosten
- Zeitpunkt der Fixierung / Bedarfsmedikation: nachts; Wochenende, Feiertage (Heimaufsicht der LH München 2012)

Führung. Leitung vs. Beliebigkeit

- Fortbildungen: Sind Inhalte verbindlich für alle Mitarbeiter oder ein unverbindlicher Beitrag zur Meinungsvielfalt?
- Der Weg von neuen Wissensinhalten in den Arbeitsalltag
- Heimleiter hat arbeitsrechtliche Weisungsbefugnis
- Er kann FEM/ Bedarfsmedigabe verbieten und z.B. Bettgitter mit Kabelbinder fixieren lassen

EX-Belt-Studie

(M. Gulpers, M. Bleijlevens; T. Ambergen, E. Capezuti; E. van Rossum; J. Hamers 2013: JAGS 2013; 61: 107-112)

- 65% Gurtreduzierung nach 2 Jahren



Der Werdenfelser Weg

- Kein 1906-Verfahren ohne **Verfahrenspfleger**
- Neujustierung der **Verfahrenspflegerischen** Kompetenz: pflegerische Fachlichkeit und Betroffenenperspektive;
- geschult von Btbehörde, Heimaufsicht, in LTC ausgewiesener Pflegewissenschaft & vom Gericht

Flankierende Maßnahmen: Schulungen zu:

- Themen der Pflegefachlichen FEM-Vermeidung
- Technische Hilfsmittel
- Hintergrund: Beratung im schwierigen Einzelfall

„Doch, doch: das geht“



Angebote von **Universität Witten** und **PEA e.V.**

<http://www.leitlinie-fem.de/>

www.pea-ev.de



Sie kennen den richtigen Ort für Fixierungsgurte?



Besten Dank für Ihre
Aufmerksamkeit

U.Brucker@mds-ev.de

 0201 8327-132

www.mds-ev.org

www.pea-ev.de