

Freiheitsbeschränkende Massnahmen bei Menschen mit Demenz



Urs Pfister
Pflegefachmann HöFa I und
Gerontologe MAS
Universitäre psychiatrische Dienste Bern
urs.pfister@gef.be.ch

In welchen Fällen und unter welchen Umständen werden im Umgang mit demenzkranken Menschen freiheitsbeschränkende Massnahmen eingesetzt, wenn es darum geht, Stürze zu vermeiden? In seiner Masterarbeit kommt Urs Pfister zum Schluss, dass eine individuelle Situationsanalyse wichtig ist und dass freiheitsbeschränkende Massnahmen so wenig wie möglich zum Einsatz kommen sollten.

Menschen mit Demenz sind teilweise in ihrer Mobilität eingeschränkt. Um beispielsweise Stürze zu verhindern, ist eine freiheitsbeschränkende Massnahme manchmal unausweichlich (vgl. Kasten Seite 51). In den letzten Jahren wurde viel Wissen zum Thema generiert, unter anderem über Sturzprophylaxe (Tideiksaar 2008; Wiesli et al. 2013). Zudem wurden freiheitsbeschränkende Massnahmen zu Forschungszwecken erfasst und ausgewertet (Nationale Vergleichsberichte ANQ 2013 & 2014). Im Jahre 2013 trat das neue Kindes- und Erwachsenenschutzrecht in Kraft, das viel zur Klärung und Sensibilisierung im Umgang mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen beiträgt.

Doch wie sieht die Praxis in der Alterspsychiatrie aus? Um dies zu erfahren, führte Urs Pfister, Autor dieses Artikels, im Rahmen einer Masterarbeit eine qualitative Studie durch. Er befragte 23 Pflegefachleute zweier Akutstationen der Universitären psychiatrischen Dienste Bern (UPD) und führte dazu Gruppeninterviews anhand eines theoriegeleiteten Leitfadens durch.

Wann kommt es zum Einsatz freiheitsbeschränkender Massnahmen?

Folgendes Zitat eines Befragten fasst zusammen, in welchen Fällen freiheitsbeschränkende Massnahmen als Sturzprophylaxe bei Menschen mit Demenz eingesetzt werden:

«Es braucht unterschiedliche Faktoren dazu: eine gewisse Einschränkung in der Mobilität verknüpft mit kognitiven Defiziten. Diese sind soweit ausgeprägt, dass die Selbsteinschätzung nicht mehr passend ist. Die Person hat das Gefühl, aufstehen und problemlos umhergehen zu können, obwohl dies objektiv nicht mehr so gesehen wird.»

Neben der genannten Einschränkung der Mobilität, die eine Sturzgefahr zur Folge haben kann, sind es kognitive Defizite, manchmal auch einhergehend mit



Der Autor der Studie, Pflegefachmann Urs Pfister (Mitte), auf Visite bei einer Patientin der Universitätsklinik für Alterspsychiatrie und Psychotherapie.

Foto: Universitäre psychiatrische Dienste Bern (UPD)

Verhaltensstörungen, die dazu führen können, dass freiheitsbeschränkende Massnahmen als Sturzprophylaxe eingesetzt werden. Ein weiterer Faktor, der in den Interviews oft genannt wurde, ist der Einsatz sedierender Medikamente. Diesbezüglich unterscheiden sich die Ergebnisse der Befragung nicht von den in der Fachliteratur genannten Gründen (Buchmann & Held 2013, Gschwind & Bridenbaugh 2011, Schmitt & Kressig 2008).

Unter welchen Umständen freiheitsbeschränkende Massnahmen als Sturzprophylaxe bei Menschen mit Demenz eingesetzt werden, beschreibt folgendes Zitat einer Interviewteilnehmerin:

«Grundsätzlich sind freiheitsbeschränkende Massnahmen keine Sturzprävention. Es ist eine personelle Frage, also eine Frage der Betreuung. Es gibt Zeiten, in denen man zu zweit ist und ich drei, vier sturzgefährdete Patienten habe, wo ich dann zu dieser Massnahme greife. Es ist sonst nicht zu bewältigen, den Menschen im Überblick zu haben, zu leiten oder abzulenken. Dies ist häufig in Randzeiten, zum Beispiel am Abend, der Fall.»

Die Wahl der Massnahmen hängt demnach ab von personellen Ressourcen, der Tageszeit sowie der Anzahl der sturzgefährdeten Menschen mit Demenz, die zu betreuen sind. Gleichzeitig ist es aber auch eine Frage der Haltung jedes Einzelnen, des interdisziplinären Teams, der Institution und der Gesellschaft. All dies beeinflusst, ob eine freiheitsbeschränkende Massnahme als Sturzprophylaxe eingesetzt wird oder nicht.

Personallengpass ist keine Rechtfertigung

Bezüglich der Frage, unter welchen Umständen freiheitsbeschränkende Massnahmen als Sturzprophylaxe

bei Menschen mit Demenz eingesetzt werden, wurden nur teilweise Ergebnisse in der Literatur gefunden, die mit der Studie verglichen werden können. In der Literatur (Lindenmann et al. 2012) wird postuliert, dass Personalengpässe den Einsatz von Fixierungen und anderen freiheitsbeschränkenden Massnahmen keinesfalls rechtfertigen und die Institutionen solche auch nicht anordnen dürfen, um mit weniger Personal über die Runden zu kommen. Eine Studie (Hahn et al. 2012) kommt ferner zum Schluss, dass die Konzeption der Einrichtung, die Haltung der Pflegekräfte und ihre spezifische Qualifikation im Umgang mit Menschen die extrem unterschiedliche Häufigkeit der freiheitsbeschränkenden Massnahmen beeinflussen; nicht der jeweilige Personalbestand oder die Teamzusammensetzung.

Wie auch die Befragung der Pflegekräfte ergeben hat, ist es eine Summe mehrerer Faktoren, die beeinflusst, unter welchen Umständen freiheitsbeschränkende Massnahmen eingesetzt werden. Allein das Fehlen personeller Ressourcen rechtfertigt eine solche Massnahme nicht.

In den Gruppeninterviews waren sich alle Befragten einig, dass heute im Vergleich zu vor 20 Jahren bei Menschen mit Demenz viel weniger freiheitsbeschränkende Massnahmen zur Sturzprophylaxe eingesetzt werden. Die Sturzprophylaxe bei Menschen mit Demenz hat sich offenbar in eine modernere und vor allem humanere Praxis gewandelt. Diese äusserst positive Entwicklung wird vor allem durch die Sturzprävention (vgl. Kasten Seite 51), aber auch durch das neue Kindes- und Erwachsenenschutzgesetz beeinflusst.

Im interdisziplinären Team entscheiden

Aus den Ergebnissen der Masterarbeit können Empfehlungen für die Praxis abgeleitet werden: Zuerst muss



Arbeitsort des Autors, an dem die Studie durchgeführt wurde.

nach Gründen gesucht werden, warum der demenzkranke Mensch gangunsicher und daher sturzgefährdet ist. Ein Gespräch mit den Angehörigen kann dabei helfen, den Gründen auf die Spur zu kommen. Kommt es zu einem einmaligen Sturzereignis, rechtfertigt dies die Anwendung einer freiheitsbeschränkenden Massnahme noch nicht, allerdings kommt es auch auf die Schwere eines Sturzes an.

Kommt es zu Mehrfachstürzen oder starken Verhaltensauffälligkeiten, muss eine freiheitsbeschränkende Massnahme in Betracht gezogen werden. Es sollte im interdisziplinären Team, je nachdem auch unter Einbezug der Angehörigen, entschieden werden, welche Massnahme eingesetzt wird. Ethische Grundsätze wie die Gewährleistung der Autonomie und Sicherheit und das Abwägen der Verhältnismässigkeit werden miteinbezogen. Jede Situation wird individuell eingeschätzt.

Wird eine freiheitsbeschränkende Massnahme eingesetzt, muss die Wirkung beobachtet werden. Es sollte mehrmals am Tag überprüft werden, ob nicht freiheitsfördernde Massnahmen geeigneter wären als freiheitsbeschränkende. Generell sollten freiheitsbeschränkende Massnahmen so wenig wie möglich eingesetzt werden.

Pflegerische Ressourcen umverteilen

Im Pflgeteam und im interdisziplinären Team sollte ferner besprochen werden, mit welchen Mitteln dem Einsatz von freiheitsbeschränkenden Massnahmen entgegengewirkt werden kann. Vielleicht kann die Verlegung in ein Einzelzimmer die Situation beruhigen, oder die Behandlungspläne oder die medikamentöse Therapie könnten angepasst werden. Generell ist eine individuelle Situationsanalyse unabdingbar.

Eine Pflegefachperson könnte die Tagesverantwortung für einen Menschen mit Demenz übernehmen. Einzelbetreuungen müssen jedoch verbindlich geplant werden. Das Pflgeteam wechselt sich bei dieser an-

Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Wenn eine Person den Willen zur Fortbewegung hat und durch eine Massnahme daran gehindert wird, dann wird diese Massnahme als freiheitsbeschränkend bezeichnet (Ermler & Schmitt-Mannhart 2011). Darunter fallen mechanische Einschränkungen (z.B. Fixationen durch Körpergurten oder Sicherheitswesten im Bett, Rollstuhl oder Stuhl) und organisatorische Einschränkungen (z.B. abgeschlossene oder mit Codes versicherte Ausgänge mit generalisierter oder individueller Alarmfunktion) (Lindenmann et al. 2012).

Sturzprävention

Unter Sturzprävention fallen Hilfsmittel wie z.B. Bodenbetten, bauliche Massnahmen wie etwa Handläufe, die Analyse der Sturzrisikoerfassung und konkrete sturzpräventive Massnahmen wie etwa Kinästhetik.

spruchsvollen Aufgabe ab und teilt sich so die Verantwortung.

Es muss überlegt werden, dass am Abend, im Spätdienst oder sogar in der Nacht kurzfristig zusätzliche pflegerische Ressourcen benötigt werden. Vor allem am Abend nimmt die Unruhe unter den Menschen mit Demenz in der Regel zu. In der Literatur (Ermini-Fünfschilling & Held 2006) wird diese charakteristische Form von Unruhe beim Menschen mit Demenz mit dem Begriff «Sundowning» beschrieben. Stationen und Institutionen sind aufgefordert, entsprechende Konzepte zu erstellen, wie damit umgegangen werden kann.

Haltung und Belastungserleben reflektieren

Die eigene Haltung und das Belastungserleben müssen innerhalb des interdisziplinären Teams reflektiert werden. Pflegefachleute sollen nicht mit ihrem ethischen Dilemma (das z.B. durch eine schwierige Situation in der Nacht ausgelöst wird) allein gelassen werden. Hier haben Führungskräfte die Aufgabe, entsprechende Unterstützung und Support zu bieten. ■

Die Masterarbeit von Urs Pfister kann unter urs.pfister@gef.be.ch bezogen oder im Institut Alter der BFH eingesehen werden.

Literatur:

- Buchmann, R. & Held, Ch. (2013): Dissoziatives Alltagserleben: Herausforderndes und schwieriges Verhalten. In: Held, Ch. Was ist «gute» Demenzpflege? Demenz als dissoziatives Erleben – Ein Praxishandbuch für Pflegenden. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Ermini-Fünfschilling, D. & Held, Ch. (2006): Das demenzgerechte Heim. Basel: S. Karger AG.
- Ermler, A. & Schmitt-Mannhart, R. (2011): Freiheit und Sicherheit – Richtlinien zum Umgang mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen. Bern: SGG SSG.
- Gschwind, Y. J. & Bridenbaugh, S. A. (2011): Geriatrie Forum – Die Rolle der Ganganalyse, Früherkennung von Demenz und Sturzrisiko. Der informierte Arzt. 06. Erlenbach: Ärzteverlag Medinfo AG.
- Hahn, S., Klie, T. & Becker, S. (2012): Risiken eingehen. Ziele erreichen – die Kunst, Sicherheit und Autonomie zu gewährleisten. Psych. Pflege. 18. Stuttgart – New York: Georg Thieme Verlag KG.
- Kressig, R. W. (2007): Geriatrie – Gangbesonderheiten bei demenzten Patienten. Neurologie & Psychiatrie. 3. München: Springer Medizin, Urban & Vogel GmbH.
- Lindenmann, R., Schmucki, S. & Schmid Ch. (2012): Bewegungseinschränkende Massnahmen – nur, wenn es nicht anders geht. In: Neues Erwachsenenschutzrecht, Basisinformation, Arbeitshilfen und Musterdokumente für Alters- und Pflegeinstitutionen. Bern: CURAVIVA Schweiz, Fachbereich Alter.
- Mayring, Ph. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken. Weinheim & Basel: Beltz Verlag.
- Nationaler Vergleichsbericht Outcome ANQ. Stationäre Psychiatrie Erwachsene (2013): Bern: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ.
- Nationaler Vergleichsbericht Stationäre Psychiatrie Erwachsene (2014): Bern: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ.
- Schmitt, K. & Kressig R. W. (2008): Mobilität und Balance. Therapeutische Umschau. 65. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Tideiksaar, R. (2008): Stürze und Sturzprävention. Assessment – Prävention – Management. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Wiesli, U., Decurtins, S. & Zuniga, F. (2013): Sturzprävention in Alters- und Pflegeinstitutionen, Analyseinstrument und Fachinformation als Leitfaden für die Praxis. Bfu-Fachdokumentation 2.120. Bern: bfu – Beratungsstelle für Unfallverhütung.