



Reduktion mechanischer Fixierung im Akutkrankenhaus

Kathrin Pann

DGKP, BScN



Agenda

- Teil 1: Reduktion mechanischer Fixierung im Akutkrankenhaus
 - Prävalenz & Risikofaktoren
 - Definition & Ursachen
 - Relevanz
 - Fragestellung
 - Methodik
 - Ergebnisse
- Teil 2: Heimaufenthaltsgesetz
 - Geltungsbereich
 - Freiheitsbeschränkungen §3
 - Zulässigkeitsvoraussetzungen §4
 - Vornahme und Anordnung
 - Unzulässigkeit



Prävalenz & Risikofaktoren

Prävalenz mechanischer Fixierung im Akutkrankenhaus

- Variiert national und international (Purcell Kirk, McGlinsey, Beckett, Rudd und Arbour, 2015)
- zwischen 0 und 50% (Möhler et al., 2016)
- Verursacht durch unterschiedliche Definitionen, Designs & Stichprobengrößen (Möhler et al., 2016)

Risikofaktoren

- Höheres Lebensalter
- Pflegebedürftigkeit
- Eingeschränkte Kognition
- Herausfordernde Verhaltensweisen (Park & Hsiao-Chen Tang, 2007; Evans & FitzGerald, 2002).



Definition & Ursachen

Definition

„Mechanische Fixierung wird definiert als jedwede Handlung oder Intervention welche die Bewegungsfreiheit von Personen in eine Position der Wahl sowie den Zugang zum eigenen Körper beschränkt. Als mechanische Fixierung kann jedwede Methode, am Körper oder körpernahe angesehen werden, welche Betroffene nicht kontrollieren oder entfernen können.“(Bleijlevens et al., 2016 S. 3 Übersetzung d. Verfasserin)

Ursachen

- Setting bezogen (Evans & FitzGerald, 2002; Ridley & Jones, 2012).
- Patientinnen und Patienten bezogen (Evans & FitzGerald, 2002).



Pflegerelevanz und Aktualität

- Schutzwirkung mechanischer Fixierung wird überschätzt (Park & Hsiao-Chen Tang, 2007; Möhler et al., 2016)
- Gefahren werden unterschätzt (Park & Hsiao-Chen Tang, 2007; Möhler et al., 2016)
- Mangelndes Wissen über Komplikationen (Park & Hsiao-Chen Tang., 2007)

Folgen für Patientinnen und Patienten	Folgen für das Pflegepersonal
Emotionales Leid	Verminderte Arbeitszufriedenheit
Direkte & indirekte Verletzungen	Erhöhter pflegerischer Aufwand
Tod von Betroffenen	Innerer Konflikt



Fragestellung

Pflegende übernehmen Schlüsselfunktion im Entscheidungsprozess (Goethals, de Casterlé & Gastmans, 2012)

„Welche in der Literatur als wirksam beschriebenen Strategien und Interventionen führen zu einer Reduktion mechanischer Fixierungen im Akutkrankenhaus?“



methodisches Vorgehen

- Datenbankrecherche CINAHL
 - PubMed
 - Medline
 - Cochrane Database of Systematic Reviews
 - Cochrane Central Register of Controlled Trials
- Literaturanalyse nach Lesen des Volltextes → 7 relevante Publikationen
 - Anwendung der Bewertungskriterien von Brandenburg, Panfil und Mayer (2013) sowie Law et al. (1998)



Ergebnisse

Studienklassifikation nach Intervention in Anlehnung Möhler et al. (2011)

–Edukative Interventionen

Schulungsprogramme, In-Service-Programme, Trainingsprogramme (Möhler et al., 2011).

–Organisationale Interventionen

Wandel in Unternehmenskultur, Implementierung von Stabstellen Pflege etc. (Möhler et al., 2011; Purcell Kirk et al., 2015; Huckshorn et al., 2014)

–Alternative Interventionen

Bettfluchtwarnsysteme, Bewegungstraining usw. (Möhler et al., 2011)



edukative Interventionen

- Risikofaktoren für die Anwendung
 - z.B. Operationen/Narkose
- Alternative Interventionen
- Risiken durch die Anwendung mechanischer Fixierung
- Rechtliche Aspekte

Testad et al. (2016) Cluster Randomized Controlled Trial

- Zweitägiges Seminar, Workshops, Handbuch
- Reduktion mechanischer Fixierung in Kontroll- und Interventionsgruppe



organisationale Interventionen

- Etablieren einer einheitlichen Definition von Fixierungen
- Wandel der Unternehmenskultur „least restraint policy“
- Einführen von Programmen zur Reduktion von Fixierungen
- Pflegeexperten für Freiheitsbeschränkungen
- Evaluation von Fixierungsepisoden

Köpke et al. (2012) Cluster Randomized Controlled Trial

- Informationsprogramm, Involvieren der Führungsebene, Schulungen von Pflegenden in Schlüsselpositionen, Anschauungsmaterial
- Signifikante Reduktion der Prävalenz mechanischer Fixierung um 6,5%



alternative Interventionen

- Tendenz Station zu verlassen
 - Tagesstruktur
 - Beschäftigung je nach Biographie
- Bettflüchtigkeit
 - Mobilisation
 - Niederflurbett
 - Bewegungstraining
 - Bettfluchtwarnsysteme
- Literatur
 - <https://www.vertretungsnetz.at/> → Literatur, Heimaufenthaltsgesetz Broschüre
 - Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints



alternative Interventionen

- Shorr et al. (2012) Cluster Randomized Controlled Trial
 - Schulung im Umgang mit Bettfluchtwarnsystemen, Visiten
 - Keine statistischen signifikante Verringerung von Sturzzraten und Fixierungsraten
- Steinert et al. (2009) Vorher Nachher Design
 - 45-minütiges Kraft- und Gleichgewichtstraining
 - Tendenz zum Rückgang mechanischer Fixierung



Zusammenfassung

- Mechanische Fixierungen verursachen schwerwiegende Komplikationen (Evans et al., 2003)
- Unkenntnis wirksamer Reduktionstrategien ist ein zentrales Problem
- Zur Reduktion mechanischer Fixierung ist ein Wandel in der Unternehmenskultur erforderlich
- Edukative & organisationale Interventionen verfügen über Reduktionspotential
- Alternative Interventionen wie Bettfluchtwarnsysteme und Kraft- und Gleichgewichtstraining können als Komponenten von Reduktionsprogrammen eingesetzt werden



Heimaufenthaltsgesetz

Relevanz für die
neurochirurgische Pflege



Heimaufenthaltsgesetz

- Verabschiedung 2004
- Zur Sicherung des Menschenrechts auf persönliche Freiheit
- Zum Schutz von Patientinnen & Patienten sowie des Personals
- Bewohnervertretung untersucht Freiheitsbeschränkung auf ihre Angemessenheit



Geltungsbereich §2 (1)

In Krankenanstalten ist dieses Gesetz nur auf Personen anzuwenden, die dort wegen ihrer psychischen Krankheit oder geistigen Behinderung der ständigen Pflege oder Betreuung bedürfen. (§ 2 (1), HeimAufG)

■ HeimAufG gilt:

- bei diagnostizierter psychischer Erkrankung/geistiger Behinderung
- bei hinreichendem Verdacht



ständiger
Pflegebedarf

■ HeimAufG gilt nicht:

- beim Vorliegen eines postoperativen Delirs oder HOPS bis zu 8 Monate
- wenn der Pflegebedarf nur aufgrund der OP besteht



Freiheitsbeschränkung HeimAufG § 3

„Eine Freiheitsbeschränkung im Sinn dieses Bundesgesetzes liegt vor, wenn eine Ortsveränderung einer betreuten oder gepflegten Person (im Folgenden Bewohner) gegen oder ohne ihren Willen mit physischen Mitteln, insbesondere durch mechanische, elektronische oder medikamentöse Maßnahmen, oder durch deren Androhung unterbunden wird (HeimAufG, § 3).



Freiheitsbeschränkung HeimAufG § 3

■ Elektronische Beschränkung

wird als gelindere Maßnahme angesehen, jedoch freiheitsbeschränkend wenn Betroffene am Verlassen des Bettes gehindert werden

→CAVE Dokumentation: Interventionen im Falle des Alarms dokumentieren

■ Chemische Freiheitsbeschränkung

Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten und/oder eines Bewegungsüberschusses = chemische Fixierung

→CAVE Willkommene Nebenwirkung! primärer vs. sekundärer Zweck



Freiheitsbeschränkung HeimAufG § 3

- Mechanische Freiheitsbeschränkung = Ultima Ratio
 - Anwendung vorausgehender gelinderer Interventionen muss genau dokumentiert werden
 - Pflege darf wenn betraut gelindere pflegerische Beschränkungen anordnen
 - Ständige Beobachtung erforderlich
 - Dauer der Fixierung dokumentieren (Pflegeplanung)
 - Evaluierung der Notwendigkeit
 - Entfallen die Voraussetzungen muss die Freiheitsbeschränkung aufgehoben werden
 - Gurtfixierungen: nur 5-Punkt oder 3-Punkt



Zustimmung zur Freiheitsbeschränkung

HeimAufG § 3

„Eine Freiheitsbeschränkung liegt nicht vor, wenn der entscheidungsfähige Bewohner einer Unterbindung der Ortsveränderung, insbesondere im Rahmen eines Vertrages über die ärztliche Behandlung, zugestimmt hat. Diese Zustimmung kann nur der Bewohner selbst erteilen.
(HeimAufG, § 3)

- **Entscheidungsfähigkeit von Betroffenen:**
 - Erfordert kein psychiatrisches Gutachten
 - Kann von qualifiziertem Personal beurteilt werden
 - Aufklärung über Intervention, Risiken & alternativen hat zu erfolgen
 - Betroffene können jederzeit widerrufen

- CAVE Meldung hat dennoch zu erfolgen!



Zulässigkeitsvoraussetzungen HeimAufG § 4

Im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung/intellektuellen Beeinträchtigung von Patientinnen und Patienten

„...sind ihr Leben oder ihre Gesundheit oder das Leben und die Gesundheit anderer ernstlich und erheblich gefährdet.“ (HeimAufG §4)

„...sie zur Abwehr dieser Gefahr unerlässlich und geeignet sowie in ihrer Dauer und Intensität im Verhältnis zur Gefahr angemessen ist...“ (HeimAufG §4)

„...diese Gefahr nicht durch andere Maßnahmen, insbesondere schonendere Betreuungs- oder Pflegemaßnahmen, abgewendet werden kann.“ (HeimAufG § 4)



Zulässigkeitsvoraussetzungen HeimAufG § 4

„...sind ihr Leben oder ihre Gesundheit oder das Leben und die Gesundheit anderer ernstlich und erheblich gefährdet.“ (HeimAufG §4)

- Bedeutung

Gefährdung umfasst das Ausmaß schwerer Körperverletzung

- Beispiele

Nachblutungen, Rezidiv, Entfernen von Drainagen & Zu- und Ableitungssystemen



Vornahme & Anordnung von Freiheitsbeschränkungen § 5

1. Pflegerische Freiheitsbeschränkungen Anordnung durch den gehobenen Dienst
2. Aufklärung über Grund, Art, Beginn und Dauer der Beschränkung
3. Abteilungsvorstand muss unverzüglich verständigt werden
 - CAVE → ist eine unverzügliche Meldung nicht möglich Gründe dokumentieren!
4. Abteilungsvorstand meldet Beschränkung unverzüglich an die Bewohnervertretung und verständigt Vertrauensperson (kann an ärztliches Personal delegiert werden)
 - CAVE → Stimmt Vorgehensweise nicht so ist die Freiheitsbeschränkung unzulässig!
5. Dokumentation → Grund, Art, Beginn & Dauer sowie vorausgehende Interventionen



Unzulässige Freiheitsbeschränkung

- Konsensfindung zwischen Bewohnervertretung und Pflege
- gerichtliches Überprüfungsverfahren beim Bezirksgericht

Amtshaftung § 24

- Wird den Betroffenen Schaden zugefügt (auch ideeller Schaden) so haftet der Bund
- Die Einrichtung kann jedoch bei Fahrlässigkeit/schwerem Verschulden haftbar gemacht werden (z.B. Sitzwachen sind nicht verfügbar)
- Bedienstete können wiederum vom Träger der Einrichtung zur Verantwortung gezogen werden



Zusammenfassung

- Freiheitsbeschränkungen stellen Eingriff ins Grundrecht dar
- Vornahme nur bei Gefahr von Leben und Gesundheit sowie Leben und Gesundheit anderer
- HeimAufG gilt für Menschen mit psychischer Erkrankung oder geistiger Behinderung bei ständigem Pflegebedarf
- Freiheitsbeschränkung bedeutet die Kontrolle von Bewegungsüberschuss oder Verhalten, die Person kann ihren Ort nicht verändern
- Elektronisch, chemisch oder mechanisch



Literaturverzeichnis

- Bleijlevens, M.H.C., Wagner, L. M., Capezuti, E. & Hamers, J.P.H. (2016). Physical Restraints: Consensus of a Research Definition Using a Modified Delphi Technique. *J Am Geriatr Soc*. 64(11), doi: 10.1111/ Jgs.14435
- Enns, E., Rhemtulla, R., Ewa, V. Fruetel, K. & Holroyd-Leduc, J.M. (2014). A Controlled Quality Improvement Trial to Reduce the Use of Physical restraints in Older Hospitalized Adults. *J Am Geriatr Soc* 62, 541-545. doi: 10.1111/jgs.12710
- Evans, D. & FitzGerald M. (2002). Reasons for physically restraining patients and residents: a systematic review and content analysis. *International Journal of Nursing Studies*. 39, 735-743.
- Evans, D., Wood, J. & Lambert, L. (2002). A review of physical restraint minimization in the acute and residential care settings. *Journal of Advanced Nursing*, 40(6), 616-625.
- Evans, D., Wood, J. & Lambert, L. (2003). Patient injury and physical restraint devices: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 41(3), 274–282.
- Gallinagh, R., Nevin, R., McAleese, L. & Campbell, L. (2001). *British Journal of Nursing*, 10 (13), 852-859.
- Goethals, S., Dierckx de Casterlé, B. & Gastmans, C. (2012). Nurses decision-making in cases of physical restraint: a synthesis of qualitativ evidence. *Journal of Advanced Nursing*, 68(6), 1198-1210. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05909.x
- Hargreaves, J. R., Copas, A. J., Beard, E., Osrin, D., Lewis, J. J., Davey, C. & Prost, A. (2015). Five questions to consider before conducting a stepped wedge trial. *Trials*, 16, 350. <http://doi.org/10.1186/s13063-015-0841-8>
- Huang, H., Chuang, Y. und Chiang, K. (2009). Nurses' Physical Retraint Knowledge, Attitudes, and Practices: The Effectiveness of an In-Service Education Program. *Journal of Nursing Research*, 17(4), 241-248.
- Köpke, S. Mülhauser, I., Gerlach, A., Haut, A., Burkhard, H. Möhler, R. & Meyer, G. (2012). Effect of a Guideline-Based Multicomponent Intervention on Use of Physical Restraints in Nursing Homes A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 307(20), 2177-2184.
- Park, M. & Hsiao-Chen Tang, J. (2007). Evidence-Based Guideline. Changing the Practice of Physical Restraint Use in Acute Care. *Journal of Gerontological Nursing*. 9-16.
- Purcell Kirk, A., McGlinsey, A., Beckett, A., Rudd, P. & Arbour, R. (2015). Restraint Reduction, Restraint Elimination, and Best Practice Role of the Clinical Nurse Specialist in Patient Safety. *Clinical Nurse Specialist*, November/Dezember, 321-328. doi: 10.1097/NUR.000000000000163
- Möhler, R., Nürnberger, C., Abraham, J., Köpke, S. & Meyer, G. (2016). [Intervention Protocol] Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints of older people in general hospital settings. *Chochrane Database of Systematic Reviews*, 12. doi: 10.1002/14651858.CD012476
- Möhler, R., Richter, T., Köpke, S. & Meyer, G. (2011) Interventions for preventing and reducing the use of physical restraint in long-term geriatric care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. doi: 10.1002/14651858.CD007546.pub2
- Shorr, I.R., Chandler, A.M., Mion, L.C., Waters, T.M., Liu, M., Daniels, M.J., ... Miller, S.T. (2012). Effects of an Intervention to Increase Bed Alarm Use to Prevent Falls in Hospitalized Patients. A Cluster Randomized Trial. *Ann Intern Med*, 157(10), 692-699.
- Smith, N. H., Timms, J., Parker, V.G., Reimels, E.M. & Hamlin, A. (2003). The Impact of Education on the Use of Physical Restraints in the Acute Care Setting. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 34(1), 26-33.
- Steinert, T. Bohnet, U., Flammer, E., Luchtenberg, D. & Eisele, F. (2009). Effekte eines Kraft- und Bewegungstrainings auf die Fixierungshäufigkeit bei Demenzpatienten in der stationären gerontopsychiatrischen Versorgung. *Psychiat Prax*, 36, 273-278. doi: 10.1055/s-0028-1090216
- Testad, I., Mekki, T.E., Førlund, O., Øye, C. Tveit, E.M., Jacobsen, F. & Kirkevold, Ø. (2016) Modelling and evaluating evidence-based continuing education program in nursing home dementia care (MEDCED)—training of care home staff to reduce use of restraint in care home residents with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*, 31, 24-32. doi: 10.1002/gps.4285



Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!