

Wenn alte Menschen stürzen : Ursache und Risiko, Pflege und Prävention [Johanna H. Downton]

Autor(en): [s.n.]

Objektyp: **BookReview**

Zeitschrift: **Intercura : eine Publikation des Geriatriischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich**

Band (Jahr): - (1995-1996)

Heft 52

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Wenn alte Menschen stürzen

Ursache und Risiko, Pflege und Prävention

von Johanna H. Downton

Erschienen in Reinhardts Gerontologischer Reihe, 225 Seiten, 34 Abbildungen, 4 Tabellen, Fr. 36.-

Das Buch ist aus der geriatrischen Praxis heraus entstanden. Es konzentriert sich auf die Ermittlung der Ursachen, auf die richtige Versorgung nach einem Sturz und die Präventionsmöglichkeiten. Unter anderem wird dargelegt, wie man durch die Gestaltung der räumlichen Umgebung und die Benutzung von Hilfsmitteln die Sturzgefahr senken kann. Wichtig ist, den alten Menschen nicht als Objekt der Bemühungen zu betrachten, sondern ihn - soweit möglich - in die Prävention verantwortlich miteinzubeziehen.

Hier folgen auszugsweise Seiten 177 - 181 des Buches:

Der Gebrauch von Restriktionen zur Verhütung von Stürzen

Jedes Jahr werden in den USA Tausende, vielleicht sogar Zehntausende von alten Menschen gegen ihren Willen in ihrer Freiheit eingeschränkt. Diese Restriktionen sind physischer (z.B. verschlossene Zimmer, Zwangsjacken, Handfesseln) oder pharmakologischer Art (z.B. Psychopharmaka) (Schafer 1985). Die Verhütung von Stürzen wird als einer der Hauptgründe bei bis zu 90% der Fälle angegeben (Strumpf/Evans 1988). Es besteht ein grosser Unterschied in der Häufigkeit der Anwendung physischer Restriktionen zwischen den Vereinigten Staaten und Europa, bedingt durch die unterschiedliche Gesetzgebung (Cushing 1989). Es gibt kaum Informationen, wie häufig pharmakologische Restriktionen auf der jeweiligen Seite des Atlantiks benützt wird.

Die Diskussion um den Gebrauch von Restriktionen zur Reduktion des Sturzrisikos wirft verschiedene Fragen auf: Welche Beweise gibt es für die Behauptung, dass Restriktionen einen Sturz verhindern bzw. das Sturzrisiko mindern können? Welche Auswirkungen haben diese Restriktionen auf den allgemeinen Gesundheitszustand der PatientInnen? Wie beeinflusst der Gebrauch von Restriktionen die Einstellung der Pflegepersonen (und anderer MitarbeiterInnen) allgemein und im besonderen gegenüber ihren PatientInnen? Die Begründung für den Gebrauch restriktiver Massnahmen schliesst das

Verringern des Verletzungsrisikos, die Kontrolle verwirrter PatientInnen, die Aufrechterhaltung von Behandlungsplänen bei verwirrten und unruhigen PatientInnen, die Sicherheit der PatientInnen und die Einschränkung von Bewegungen ein. Restriktionen können jedoch viele Probleme auslösen oder verschlimmern, einschliesslich der Stürze, derentwegen sie angewandt werden. Restriktive Massnahmen beseitigen selten das Verletzungsrisiko, und PatientInnen können sich oft sehr geschickt aus den Restriktionen befreien. Restriktionen können ihrerseits eine Gefahr für PatientInnen darstellen und endeten auch schon in tödlichen Verletzungen (Dube/Mitchell 1986). Häufig werden Bettgitter bei Menschen verwendet, die als sturzgefährdet gelten. In den Vereinigten Staaten scheinen sie bei PatientInnen über 65 und 70 routinemässig benutzt zu werden. Wird in einem Verfahren festgestellt, dass keine Bettgitter angebracht waren, können amerikanische Richter dies bereits als Fahrlässigkeit verurteilen. Es gibt jedoch keine Belege dafür, dass Bettgitter zur Sturzverhütung beitragen, aber genügend dafür, dass sie genau das nicht tun (Lynn 1980; Rubinstein et al. 1983). Werden Bettgitter bei verwirrten Patienten benützt, vermindern sie zwar die Sturzgefahr nicht, verstärken aber noch die Verwirrung und Verängstigung und sorgen - sollte der/die PatientIn fallen - ganz sicher dafür, dass es aus grösserer Höhe sein wird (Anonym 1984).

Eine Studie über Unfälle in einer geriatrischen Abteilung ergab, dass bei 10% dieser Unfälle Bettgitter angebracht waren. Tinker (1979) berichtet: "Ein Patient kletterte über die Gitter, andere krochen ans Fussende des Bettes und fielen kopfüber auf den Boden. Bei einer Patientin ohne Bettgitter wurde kein Unfall dokumentiert, als sie versuchte, alleine aufzustehen." Interessant ist, dass in Grossbritannien, wo Bettgitter seltener verwendet werden als in den USA, die Rate der Knochenbrüche nach einem Sturz im Krankenhaus sehr viel niedriger ist (Rubinstein et al. 1983).

Obwohl (oder vielleicht gerade weil) Restriktionen häufig bei PatientInnen mit kognitiver Beeinträchtigung (akut oder chronisch) angewandt werden, kann die Reaktion auf eine solche Restriktion oft sehr stark sein. Da diese PatientInnen den Grund für die Restriktion kaum oder gar nicht verstehen können, kann sich ihre Verängstigung weiter steigern. Restriktionen können unkontrolliertes Handeln verstärken, führen zu weiteren Einschränkungen von Sinnesreizen und damit auch der Wahrnehmungsfähigkeit, zu einem Verlust des Selbstwertgefühls und zu noch grösserer Abhängigkeit. Die beste-

hende Verwirrung kann durch eingeschränkte Kommunikation noch verstärkt werden, die Desorientiertheit zunehmen, regressives Verhalten und Rückzug ausgelöst werden. Häufig werden fixierte PatientInnen als gestört, gefährlich oder geistig unzulänglich betrachtet.

Eine Untersuchung von PatientInnen, die eine Restriktion selber erfahren hatten, ergab eine weite Palette von meist negativen Reaktionen, wie z.B. Wut, Angst, Demütigung, Entmutigung, Unbehagen und Schmerz. Einige reagierten mit Widerstand und Ablehnung, ein paar gaben zu, dass die Restriktion notwendig gewesen sei. PatientInnen erinnerten sich an eine solche Erfahrung noch lange Zeit nach der Entlassung (Strumpf/Evans 1988).

Pflegepersonen haben oft eine ambivalente Einstellung gegenüber der Anwendung von Restriktionen bei "gefährdeten" PatientInnen. Der Druck, unter allen Umständen für die Sicherheit ihrer PatientInnen zu sorgen, manchmal auf Kosten aller andern Aspekte, kann schliesslich zu der Absurdität führen, zwar Sicherheit zu erzielen, dabei aber das eigentliche Ziel zu opfern. Silver (1987) schreibt: "Wenn er die Hüfte bricht, wird er seine Mobilität verlieren, deshalb binden wir ihn an, um seine Mobilität zu erhalten." Krankenschwestern und -pfleger spüren auch den Druck, aufgrund einer gebrochenen Hüfte wegen fahrlässigen Handelns angezeigt zu werden, besonders in den USA. Der Gebrauch von restriktiven Massnahmen belastet häufig auch diejenigen, die sie anwenden sollen. Eine Untersuchung der Reaktionen von Pflegepersonal, die mit restriktiven Massnahmen arbeiten (müssen), zeigt, dass die meisten Antworten negativ (Bedenken, Schuldgefühle, Frustration, Unzulänglichkeit) oder neutral (Überraschung, Absurdität, Resignation) waren. Nur sehr wenige Antworten waren positiv (Di Fabio 1981). Krankenschwestern und -pfleger erkennen die Auswirkung bei ihren PatientInnen im Verhalten (Versuch, die Restriktionen zu entfernen, Unruhe, Widerstand) und ihren Emotionen (Traurigkeit, Wut), fühlen sich aber nicht in der Lage, etwas dagegen zu tun. PatientInnen, die solche restriktiven Massnahmen an sich selbst erlebten, konnten bei Befragung mehr Restriktionsmöglichkeiten aufzählen als ihre Pflegenden (Strumpf/Evans 1988).

Es ist erwiesen, dass die Anwendung restriktiver Massnahmen physischer und pharmakologischer Art, auch wenn es hierüber weniger Informationen gibt, zur Prävention von Stürzen nicht effektiv ist und ausserdem negative Auswirkungen auf PatientInnen und Pflegende

hat. Der Grund für eine Fixierung in den USA ist einzig und allein rechtlicher Art. Der Gebrauch von Fixierung als Prävention von Stürzen ist unangemessen, schädigend und zeigt eine überbehütende und infantilisierende Haltung gegenüber alten Menschen. Am effektivsten könnten Stürze vermieden werden, wenn alle Gefährdeten die Höchstdosis Phenothiazine bekämen und die Bettgitter routinemässig noch mit Netzen abgesichert würden! Die Pflegeziele für alte Menschen müssen Rehabilitation und Unabhängigkeit beeinhalteln, und diese Ziele sind mit der totalen Sturzvermeidung nicht vereinbar.

Modernere Methoden der Sturzverhütung bei alten Menschen in Institutionen

Es wäre sinnvoll, einen sturzgefährdeten alten Menschen gleich bei der Aufnahme ins Heim bzw. auf eine geriatrische Station auf behandelbare potentielle Sturzursachen zu untersuchen und dies in regelmässigen Abständen zu wiederholen. Eine einfache Sturzgefährdungsskala könnte benutzt werden. Der Grad der Gefährdung kann bei jedem/r HeimbewohnerIn festgestellt und ein Programm zur Verbesserung der Risikofaktoren entwickelt werden. Das Ziel sollte die Förderung der Unabhängigkeit bei allen PatientInnen/BewohnerInnen sein, speziell bei solchen, die nach der Rehabilitation wieder nach Hause entlassen werden sollen. Es ist sehr wichtig, diese Zielsetzung mit den Angehörigen zu beraten. MitarbeiterInnen/ BewohnerInnen und Angehörige sollen sich darüber bewusst sein, dass es nicht möglich ist, alle Sturzrisiken zu beseitigen. Ausserdem kann sich eine Rehabilitationsstation, auf der niemand zu einem Sturz kommt, nicht eine solche nennen. Vielleicht muss dies besonders den Angehörigen sturzgefährdeter Menschen nahegebracht werden, da diese oft recht unrealistische Erwartungen haben.

Sollte sich eine Rehabilitationsstation besonders mit sturzgefährdeten Menschen beschäftigen, kann ein Sturz auf einer Station gut dazu genutzt werden, mit dem/den Betroffenen das selbständige Aufstehen einzuüben. Kann ein alter Mensch in der sicheren Umgebung der Station erst selbständig aufstehen, wird er der Entlassung nach Hause mit mehr Selbstvertrauen entgegensehen können.

Stürze als Maßstab der Pflegequalität

Es wurde der Vorschlag gemacht, in der Langzeitpflege die Sturzhäufigkeit als nützliches Instrument zur Beurteilung der Pflegequalität anzusehen. Wie schon oben erwähnt, gibt es einen Zusammen-

hang zwischen Pflegeschlüssel, Grad der Ausbildung und Sturzhäufigkeit, doch kann paradoxerweise auch eine personelle Unterbesetzung die Anzahl der Stürze reduzieren, da die BewohnerInnen weniger aktiv sein können.

Da Stürze eindeutig durch mehrere Faktoren bedingt werden und es eine Vielzahl potentieller Auslöser gibt, kann es schwierig und irreführend sein, aus der Statistik einer kleinen Anzahl PatientInnen (wie z.B. die BewohnerInnen eines oder mehrerer Pflegeheime) Schlüsse zu ziehen. Ein weiteres Problem ist die Tatsache, dass sich der Grad der Gefährdung bei jedem Menschen von Tag zu Tag ändert, je nach innerer Verfassung und dem jeweiligen Umfeld. Nur wenn eine solche Untersuchung bei einer grossen Anzahl von Menschen gemacht wird, kann sie ganz global einen Hinweis auf die Pflegequalität geben.

Ich möchte nochmals betonen, dass es nicht möglich ist, sämtliche Unfälle und Stürze zu verhindern, und dass der Versuch, Stürze auf ein Minimum zu reduzieren, zu einer nicht mehr akzeptablen Einschränkung der Aktivitäten und Autonomie der Betroffenen führen kann. Zwar kann eine Statistik, die hohe Unfall- und Sturzzahlen für eine Station anzeigen, darauf hinweisen, dass Risikofaktoren nicht genügend überprüft wurden, eine ungewöhnlich niedrige Unfallrate bedeutet aber oft, dass Aktivitäten der BewohnerInnen zu sehr eingeschränkt werden.



Lebende Enterokokken,
Stamm SF 68.

Bioflorin

Das biologische Konzept
gegen Diarrhö.

Wenden Sie sich bitte
an das Schweizer
Arzneimittelkompendium
oder verlangen Sie die
ausführliche
Dokumentation.

GIULIANI

Giuliani S.A., 6976 Castagnola-Lugano