

MASTERARBEIT

Erhebung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen bei KrankenhauspatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen in Österreich

eingereicht von

Sandra Schüssler, BSc

Matr. Nr.: 0433012

zur Erlangung des akademischen Grades

**Master of Science
(MSc)**

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Pflegewissenschaft

unter Anleitung von

Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ rer. cur. Christa Lohrmann

Graz, am 29.10.2009

Unterschrift

Sandra Schüssler, BSc



Quelle: <http://redufix.com/cms/website.php?id=/de/kampagne.html>
mit freundlicher Genehmigung von Frau Madeleine Viol

Eidesstaatliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 29.10.2009

Unterschrift
Sandra Schüssler, BSc

Danksagung

Sehr herzlich bedanken möchte ich mich bei Frau Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ rer. cur. Christa Lohrmann, die mich durch ihre wissenschaftliche Kompetenz und engagierte Betreuung ausgezeichnet bei der Erstellung meiner Arbeit unterstützt hat.

Desweiteren danke ich Mag. Gerhard Aichernig, der mir bei statistischen Fragen jederzeit hilfreich zur Seite gestanden ist, Mag. Peter Lechner für das Korrekturlesen meiner Arbeit, Frau Mag.^a Jutta Schüssler für die Unterstützung bei der Übersetzung des Abstracts ins Englische und Mag. Scherf Michael für die Vermittlung von Daten zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen in Österreich sowie der steten Bereitschaft rechtliche Fragen zu beantworten und zu diskutieren. Ich danke auch allen Autoren, die mir so großzügig Literatur für meine Arbeit zur Verfügung gestellt haben.

Weiters bedanke ich mich bei meiner Studienkollegin Frau Lisa Magler, BSc., MSc. und bei meinem Studienkollegen Christoph Schachner, BSc., MSc. für die Freundschaft, den Zusammenhalt und für die Motivation über alle Jahre unseres gemeinsamen Studiums hinweg, und ich danke meiner Forschungsgruppe für die gute Zusammenarbeit im letztem Jahr unseres Studiums und die erholsamen Stunden während unserer Essenstreffen.

Meinen Eltern Josef Koschier und Renate Koschier sowie meinem Ehemann DDr. Dieter Alexander Schüssler möchte ich besonders danken, da ohne ihr Vertrauen in mich und ohne ihre Unterstützung mein Studium und demzufolge diese Arbeit nicht denkbar gewesen wäre.

Inhaltsverzeichnis

Eidesstaatliche Erklärung.....	3
Danksagung.....	4
Inhaltsverzeichnis	5
Tabellenverzeichnis	7
Abbildungsverzeichnis	7
Abkürzungsverzeichnis	8
Glossar	8
Zusammenfassung	13
Abstract	14
1. Einleitung	15
2. Literaturreview	18
2.1 Durchführung.....	18
2.2 Ergebnisse	20
2.2.1 Rechtliche Aspekte in Österreich	20
2.2.2 Prävalenz und Inzidenz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen.....	23
2.2.3 Typen von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen	25
2.2.4 Gründe für die Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen	27
2.2.5 Charakteristiken der PatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen	29
2.2.6 Konsequenzen von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen.....	29
2.2.7 Einstellungen und Gefühle zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen.....	30
2.2.8 Reduktion von Freiheitsbeschränkungen und alternative Interventionen	33
2.3 Zusammenfassung Literaturreview.....	36
3. Ziel der Studie.....	37
4. Methoden.....	37
4.1 Design und Stichprobe.....	38

4.2	Ethik.....	38
4.3	Instrument	38
4.4	Datenerhebung	39
4.5	Datenanalyse	40
5.	Ergebnisse	42
5.1	Stichprobe	42
5.2	Qualitätsindikatoren der teilnehmenden Einrichtungen	46
5.3	Prävalenz von Freiheitsbeschränkungen.....	47
5.3.1	Stationstypen mit den häufigsten Freiheitsbeschränkungen.....	48
5.3.2	Initiative für die Anordnung von Freiheitsbeschränkungen	48
5.3.3	Verletzungen durch Freiheitsbeschränkungen.....	49
5.3.4	Charakteristiken der Freiheits- und nicht Freiheitsbeschränkten	49
5.3.5	Qualitätsindikatoren im Zusammenhang mit Freiheitsbeschränkungen	56
5.4	Typen von Freiheitsbeschränkungen	57
5.5	Gründe für Freiheitsbeschränkungen.....	58
6.	Diskussion.....	59
6.1	Diskussion der Ergebnisse	59
6.2	Limits der Studie.....	63
6.3	Stärken der Studie	64
6.4	Schlussfolgerung.....	65
6.5	Praktische Relevanz	65
	Literaturverzeichnis	67
	Anhang.....	73
	1: Turkey-HSD-Test für Items der Pflegeabhängigkeit	73
	2: Fragebogen zur Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten	79

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Pflegediagnosen der NANDA	17
Tabelle 2: Beispiele für freiheitsbeschränkende Maßnahmen.....	21
Tabelle 3: Vorhandene Qualitätsindikatoren in den Einrichtungen	47
Tabelle 4: Prävalenz von Freiheitsbeschränkungen	48
Tabelle 5: Turkey-HSD-Test.....	51
Tabelle 6: Geschlecht der TeilnehmerInnen (FB u. NFB)	52
Tabelle 7: Diagnosen der TeilnehmerInnen (FB u. NFB).....	52
Tabelle 8: ATL-Abhängigkeit der TeilnehmerInnen (FB u. NFB)	53
Tabelle 9: Qualitätsindikatoren im Zusammenhang mit Freiheitsbeschränkungen	57

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Durchführung der Literaturrecherche.....	19
Abbildung 2: Beispiele für Typen von Freiheitsbeschränkungen	26
Abbildung 3: Hauptgründe für Freiheitsbeschränkungen in KH und PH	28
Abbildung 4: Teilnahme der PatientInnen und BewohnerInnen an der Erhebung.....	42
Abbildung 5: Gründe für die Nichtteilnahme der PatientInnen und BewohnerInnen.....	43
Abbildung 6: Durchschnittsalter der TeilnehmerInnen	43
Abbildung 7: Geschlecht der TeilnehmerInnen.....	44
Abbildung 8: Krankheitsbilder bzw. Pflegebedarf der TeilnehmerInnen	45
Abbildung 9: Durchschnittswerte der Pflegeabhängigkeit von TeilnehmerInnen	46
Abbildung 10: Freiheitsbeschränkte PatientInnen nach Stationstyp	48
Abbildung 11: Initiative für Freiheitsbeschränkungen.....	49
Abbildung 12: Durchschnittsalter der TeilnehmerInnen (FB und NFB).....	50
Abbildung 13: Pflegeabhängigkeit bei PatientInnen (FB u. NFB).....	54

Abbildung 14: Pflegeabhängigkeit bei BewohnerInnen (FB u. NFB)	55
Abbildung 15: Pflegeabhängigkeit der freiheitsbeschränkten TeilnehmerInnen	56
Abbildung 16: Typen von Freiheitsbeschränkungen bei TeilnehmerInnen	58
Abbildung 17: Gründe für Freiheitsbeschränkungen bei TeilnehmerInnen.....	58

Abkürzungsverzeichnis

ATL	Aktivitäten des täglichen Lebens
Bew.	BewohnerInnen
FB	Freiheitsbeschränkte
LPZ	Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (Landesweite Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten)
MW	Mittelwert
n	Absolute Anzahl
NFB	Nicht Freiheitsbeschränkte
KH	Krankenhaus
p	p-Wert
Pat.	PatientInnen
PH	Pflegeheim
VSP	VertretungsNetz- Sachwalterschaft, Patientenanwaltschaft, Bewohnervertretung
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Glossar

Agitiertheit	Eine motorische Unruhe, die sich als gesteigerter Bewegungsdrang zeigt (Psychrembel® Online Premium 2009).
Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)	Eine Bezeichnung für Tätigkeiten, die der Aufrechterhaltung von Lebensfunktionen,

	der Erfüllung von Grundbedürfnissen und der Befriedigung sozialer bzw. geistiger Bedürfnisse dienen. Diese Aktivitäten wären z.B. Körperhygiene, Kontinenz, Essen u. Trinken (Pschyrembel® Online Premium 2009).
Chi-Quadrat (χ^2) -Test	Ein nichtparametrischer Signifikanztest, um Beziehung zwischen nominalskalierten Variablen festzustellen. Verglichen werden dabei die beobachteten Häufigkeiten mit den erwarteten Häufigkeiten (Polit & Beck 2004).
Deskriptive Studie	Sie hat den Hauptfokus, Charakteristiken von Personen, Situationen oder Gruppen präzise darzustellen und/oder sie beschreibt die Häufigkeit mit der bestimmte Phänomene auftreten (Polit & Beck 2004).
Domotika	Überwachungssysteme (z.B. Videoüberwachung, elektronische Armbänder) als Freiheitsbeschränkung.
Einfaktorielle Varianzanalyse	Ist ein statistisches Verfahren, mit dem die Mittelwerte von mehreren Gruppen verglichen werden können (Rasch et al. 2007 b).
Fixierung	Jegliche Maßnahme, die die körperliche Bewegungsfreiheit eines Menschen einschränkt (Pschyrembel® Online Premium 2009).
Fixierung, 5 Punkt	Körper ist z.B. durch Gurte an 5 Punkten fixiert, z.B. am Bauch, an Handgelenken und Fußgelenken.
Freiheitsbeschränkung	Die Anwendung von physischen Mitteln, um eine betreute oder gepflegte Person gegen oder ohne ihren Willen an einer Ortsveränderung zu hindern (Bundeskanzleramt Österreich 2008a).
Individuelle Verabredungen	Freiheitsbeschränkung auf Wunsch der PatientIn/BewohnerIn.
Intertrigo	Rote, erosive, juckende bzw. brennende Hautveränderungen in Körperfalten (z.B. unter den Brüsten, zwischen

	Oberschenkeln). Entstehen meist aufgrund von Reibung und Mazeration (Pschyrembel® Online Premium 2009).
Inzidenz	Anzahl des Neuauftretens einer Krankheit/Phänomen/Störung während eines bestimmten Zeitraumes (Bortz & Döring 2006).
Isolierung	Räumliche Absonderung von PatientInnen von denen eine Selbst- und/oder Fremdgefahr (gegenüber z.B. MitpatientInnen oder Personal) ausgeht (Pschyrembel® Online Premium 2009).
Kreuztabelle (Kontingenztafel)	Eine zweidimensionale Tabelle, die eine Kreuztabelierung der Häufigkeiten von 2 kategoriellen Variablen erlaubt (Polit & Beck 2004). Kreuztabellen können aber auch mehrdimensional sein (Bortz & Döring 2006).
Literaturreview (Literaturüberblick)	Ist eine Zusammenfassung des aktuellen Wissensstandes zu einem Forschungsproblem und zeigt die Forschungslücke(n) in der Wissensbasis auf. Der Leser soll einen breiten Überblick zu dem untersuchten Forschungsproblem erhalten (Burns & Grove 2005).
Mittelwert	Summe aller Werte, dividiert durch deren Anzahl (Rasch et al. 2007 a).
Multizentrische Studie	Eine Studie, die in mehreren Einrichtungen gleichzeitig durchgeführt wird.
PatientInnenschutzdecke	Eine Freiheitsbeschränkung am Bett. Die Schutzdecke hat eine runde Öffnung und Befestigungsschnüre. Die runde Öffnung wird über den Kopf der Person gegeben und mit den Befestigungsschnüren wird die Decke sowohl am Rücken der Person als auch am Bett befestigt.
Post-Hoc-Analyse	Statistische Methode, die angewendet wird wenn mehr als 2 Gruppen vorhanden sind und man bestimmen will, welche Gruppen sich signifikant voneinan-

	der unterscheiden (Burns & Grove 2005).
(Postoperatives) Delir	Form der akuten, reversiblen Psychose mit Bewusstseins-, Aufmerksamkeits-, u. Orientierungsstörungen, Halluzinationen, affektiven Störungen wie z.B. Angst oder Reizbarkeit, vegetative Störungen, wie z.B. Schwitzen, Probleme des Schlaf- Wach-Rhythmus, Tremor (starkes Zittern) sowie motorische Unruhe (Psyhyrembel® Online Premium 2009), die nach Operationen auftreten kann (Böhner et al. 2001).
(Postoperative) kognitive Beeinträchtigung	Gedächtnis-, Aufmerksamkeits-, Konzentrations- u. Intelligenzstörungen (Psyhyrembel Psychiatrie, Klinische Psychologie, Psychotherapie online 2009), die nach Operationen auftreten können (Engelhard & Werner 2008).
Prävalenz	Sie gibt an, wie viele Menschen einer Population zu einem bestimmten Zeitpunkt (Punktprävalenz) oder über eine bestimmte Zeitspanne (Periodenprävalenz) von einer bestimmten Krankheit/Phänomen/Störung betroffen sind (Bortz & Döring 2006).
Querschnittstudie	Bei einer Stichprobe werden Daten zu einem bestimmten Zeitpunkt erhoben. Querschnittsdesigns sind adäquat für die Beschreibung von Phänomenen oder für die Beschreibung von Beziehungen zwischen Phänomenen zu einem bestimmten Zeitpunkt (Polit & Beck 2004).
Signifikanzniveau	Ist das Wahrscheinlichkeitsniveau, auf dem die Resultate von statistischen Tests beurteilt werden, um einen signifikanten Unterschied zwischen Gruppen aufzuzeigen. Es wird normalerweise bei 0,05 oder 0,01 festgelegt (Burns & Grove 2005). Ein Ergebnis $\leq 0,05$ bedeutet z.B., dass der Unterschied, den man zwischen den Gruppen gefunden hat, nur zu 5% auf Zufall beruht.

t-test

Ein parametrischer Test um zu untersuchen, ob sich 2 Mittelwerte signifikant voneinander unterscheiden (Rasch et al. 2007 a).

Turkey-HSD-Test

Ist eine Post-Hoc-Analyse, die einen paarweisen Vergleich von Gruppenmittelwerten erlaubt. Sie berechnet die kleinste noch signifikante Differenz zwischen zwei Gruppenmittelwerten (Rasch et al. 2007b).

Zusammenfassung

Freiheitsbeschränkungen verletzen das Grundrecht des Menschen auf persönliche Freiheit und werden mit negativen Konsequenzen, wie Sturz, Verletzungen und Tod in Zusammenhang gebracht. International gesehen reicht die Prävalenz von Freiheitsbeschränkungen in Krankenhäusern von 8% - 79% und in Pflegeheimen von 12% - 66%. Aufgrund der Tatsache, dass in Österreich Forschungsergebnisse zum Thema „Freiheitsbeschränkung“ fehlen, war das Ziel dieser Arbeit, die aktuelle Situation der Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen aufzuzeigen.

Im Rahmen der „Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten (LPZ)“, einer deskriptiven multizentrischen Querschnittstudie, wurden mittels standardisiertem Fragebogen erstmals pflegebezogene Daten zu Freiheitsbeschränkungen bei 2426 KrankenhauspatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen aus 18 österreichischen Institutionen erfasst.

Die Ergebnisse zeigten, dass die Prävalenzrate von Freiheitsbeschränkungen in Krankenhäusern mit 7,2% signifikant niedriger war als in Pflegeheimen, wo die Prävalenzrate 34,6% betrug ($p < 0,001$). Freiheitsbeschränkte KrankenhauspatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen waren häufiger von Hilfsbedürftigkeit bei den täglichen Aktivitäten des Lebens (ATL), von Pflegeabhängigkeit oder Demenz betroffen als nicht Freiheitsbeschränkte. In beiden Settings war der Hauptgrund für Freiheitsbeschränkungen die Sturzprävention, und Bettgitter wurden als häufigste Freiheitsbeschränkungsmaßnahme angewendet. Diese Resultate führen zu dem Schluss, dass Bettgitter, als Sicherheitsmaßnahme gegen Sturz, besonders oft bei PatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen mit Hilfsbedürftigkeit bei den ATL, bei Pflegeabhängigkeit oder Demenz eingesetzt werden.

Da es bis jetzt nur eine geringe Evidenz für die Effektivität von Maßnahmen zur Reduktion von Freiheitsbeschränkungen gibt, wird es für die Pflegeforschung in Zukunft notwendig sein, Interventionen zu testen bzw. zu entwickeln, welche helfen, Freiheitsbeschränkungen zu minimieren.

Für die Pflegepraxis ist die Erhebung der Prävalenz von Freiheitsbeschränkungen besonders relevant, weil dadurch das Ausmaß dieser Problematik sichtbar wird und daraufhin Maßnahmen gezielt eingesetzt und durch regelmäßige Prävalenzerhebungen auf ihre Effektivität hin evaluiert werden können.

Abstract

Restraints violate the basic human right of personal freedom and are linked to negative consequences such as falls, injuries and death. Internationally, the prevalence of restraints ranges between 8% and 79% in hospitals and between 12% and 66% in nursing homes. Considering that in Austria no research results are available on the subject of restraints, the study intended to highlight the current situation regarding the use of restraints at Austrian hospitals and nursing homes.

Within the scope of the National Prevalence Survey of Care Problems (LPZ), a descriptive, multicentric cross-sectional study, nursing related data were collected for the first time by a standardised questionnaire for 2426 hospital patients and nursing home residents from 18 Austrian facilities.

It was found that the prevalence rate of restraints was significantly lower in hospitals than in nursing homes (7,2% versus 34,6%; $p < 0,001$). Hospitals patients and nursing home residents under restraint were more often in need of help with their activities of daily living (ADL), care dependency or affected by dementia than those not under restraint. In both settings, the chief reason for using restraints was to prevent falls, and bedrails were the most frequently used measure of restraint. These findings led to the conclusion that bedrails are typically used as a preventive measure against falls with hospital patients and nursing home residents who are in need of help with ADL or care dependency or suffering from dementia.

So far there is little evidence regarding the effectivity of measures to reduce restraints, so that it will be necessary for future nursing research to develop and test interventions that will help minimise restraints.

For actual care practice it is of great relevance to determine restraint prevalence rates because this will visualise the extent of the problem, allow targeting measures and evaluate their effectivity by way of regular prevalence surveys.

1. Einleitung

Im Jahr 2008 lebten in Österreich 8.336.549 Menschen, wovon 1.880.482 Personen über 60 und 662.000 über 75 Jahre alt waren (Statistik Austria 2009). Für diese Bevölkerung stehen in Österreich (ausgenommen Vorarlberg) 878 Pflegeheime mit 65 395 Pflegeplätzen und 166 Krankenhäuser (ausgenommen Psychiatrien) mit 44 927 Betten zur Verfügung. Am Stichtag 31. 12. 2008 gab es in den Pflegeheimen 17 986 aufrecht gemeldete Freiheitsbeschränkungen von BewohnerInnen und in den Krankenhäusern 1 120 aufrecht gemeldete Freiheitsbeschränkungen von PatientInnen (VSP 2009 b). Die Bevölkerung in Österreich wird in Zukunft weiterhin stark wachsen, wobei sich die Altersstruktur zunehmend zu den älteren Menschen hin verschiebt. Im Jahr 2030 werden von 9 Millionen Menschen bereits 2.807.616 (31%) über 60 sein und die Anzahl der über 75-jährigen steigt auf über 1 Million (Statistik Austria 2009). Der starke Zuwachs von älteren Menschen deutet darauf hin, dass in Zukunft noch mehr Menschen Pflegeleistungen benötigen werden und somit auch der Gefahr von Freiheitsbeschränkungen in Krankenhäusern und Pflegeheimen ausgesetzt sind.

Eine Freiheitsbeschränkung wird definiert als die Anwendung von physischen Mitteln, um eine betreute oder gepflegte Person gegen oder ohne ihren Willen an einer Ortsveränderung zu hindern (Bundeskanzleramt Österreich 2008a). In diesem Sinne sind unter dem Begriff „Physische Mittel“ vor allem mechanische- (z.B. Bettgitter), manuelle- (z.B. jemanden festhalten), elektronische- (z.B. Videoüberwachung), Isolierungs- (räumliche Absonderung einer Person) und medikamentöse Maßnahmen zu sehen, die Personen daran hindern, das Bett zu verlassen, von einer Sitzgelegenheit aufzustehen, einen Bereich zu verlassen oder die Bewegungs- bzw. Mobilitätsfähigkeit unterbinden. Besonders hervorzuheben ist auch, dass bereits die Androhung der genannten Maßnahmen als Freiheitsbeschränkung gilt (Schlaffer 2009). Diese Definition wurde gewählt, weil sie im Gegensatz zu anderen Definitionen ein sehr großes Spektrum von Freiheitsbeschränkungsmaßnahmen beinhaltet.

Freiheitsbeschränkungen werden international schon seit der frühen Menschheitsgeschichte eingesetzt und im Allgemeinen bis 1970 wenig in Frage gestellt (Schott & Tölle 2006). Wesentliche Weichenstellungen im Umgang mit Freiheitsbeschränkungen von psychisch Kranken und geistig Behinderten in Österreich, erfolgten durch das im Jahre 1991 in Kraft getretene Bundesverfassungsgesetz zum Schutz der persönlichen Freiheit (PersFrG) (Jaquemar & Harald Kinzl 2005). Im Artikel 1 des PersFrG ist festgehalten, dass Jedermann das Recht auf Freiheit und Sicherheit hat. In diesem Zusammenhang darf die Freiheit eines Menschen nur bei bestimmten Gründen entzogen werden. (Bundeskanzleramt 2008 c). Demzufolge wurde in Österreich 1991 das Unterbringungsgesetz und 2005 das Heimaufenthaltsgesetz eingeführt, um die persönliche Freiheit der Menschen speziell in Psychiatrien und Abteilungen für Psychiatrien, Krankenanstalten und Heimen zu schützen (Bundeskanzleramt 2008 a, b).

Tabelle 1 zeigt Pflegediagnosen der North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), welche als Grundlagen für die Wahl von Pflegemaßnahmen dienen. Bei jeder dieser Pflegediagnosen werden unter anderem Freiheitsbeschränkungen als mögliche Intervention angegeben (Stefan et al. 2003). Hervorzuheben ist aber, dass immer zusätzlich die gesetzlichen Bestimmungen mitberücksichtigt werden müssen bevor eine Freiheitsbeschränkung in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen angewendet wird, weil es sonst sein kann, dass die Freiheitsbeschränkung als Intervention aufgrund Nichterfüllung gesetzlicher Voraussetzungen gesetzeswidrig ist.

Tabelle 1: Pflegediagnosen der NANDA (nach Stefan et al. 2003)

Pflegediagnose	Definition	Risikofaktoren (Bsp.)
Gewalttätigkeit gegen sich, hohes Risiko	Die Person zeigt Verhaltensweisen, die eine körperliche, emotionale und/oder sexuelle Gefahr für sie persönlich darstellen.	• Demenz • Psychische Störungen • Angst • Aggressionen
Gewalttätigkeit gegen andere, hohes Risiko	Die Person zeigt Verhaltensweisen, die eine körperliche, emotionale und/oder sexuelle Gefahr für andere darstellen.	• Demenz • Psychische Störungen • Angst • Aggressionen
Sturz, hohes Risiko	Risiko einer Person einen Sturz zu erleiden, der physische Verletzungen verursachen kann.	• Höheres Alter • Gleichgewichtsprobleme • Mobilitätsdefizite • Beeinträchtigter Geisteszustand
Körperschädigung, hohes Risiko	Eine Person ist dem Risiko einer Körperschädigung ausgesetzt als Folge von internen und externen Umweltbedingungen/Umwelteinflüssen, die mit den Anpassungsfähigkeiten und Abwehrkräften des Betroffenen in einer Wechselbeziehung stehen.	• Psychisch (Psychomotorische Unruhe, Halluzinationen, Desorientierung, panische Angst) • Kognitive Defizite • Veränderte Mobilität • Sturz in der Vergangenheit
Verletzung, hohes Risiko	Eine Person hat das Risiko eine unbeabsichtigte Körperverletzung (z.B. Fraktur, Verbrennung) zu erleiden	• Ungewohnte Umgebung • Beeinträchtigte Mobilität • Kognitive und emotionale Schwierigkeiten, die Rufanlage zu benutzen • Medikamentenwirkung

Der Schutz der Menschenrechte ist besonders in der Pflege von Menschen mit mentalen Problemen eine zentrale Aufgabe, weil diese als vulnerabelste Gruppe in der Gesellschaft gelten (WHO 2008). Pflegepersonen nehmen dabei eine bedeutende Rolle ein, weil sie den intensivsten Kontakt zu den PatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen haben und Anregungen zur Anordnung von Freiheitsbeschränkungen in der Mehrheit von ihnen ausgehen (Berlach-Pobitzer et al. 2005; Hofinger et al. 2006; Pekkarinen et al. 2006).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat durch eine Fragebogenerhebung im Jahr 2007 herausgefunden, dass nur wenige der teilnehmenden europäischen Mitgliedstaaten (23 von 42) verfügbare Daten zu Raten von Freiheitsbeschränkungen besitzen und somit in Zukunft verstärkte Bemühungen unternommen werden sollen, um Basisdaten zu erheben, die eine vergleichende Analyse zwischen Ländern ermöglicht (WHO 2008). Prävalenzerhebungen sind in diesem Fall bestens geeignet, um die Prävalenzrate eines Sachverhalts zu einem bestimmten Zeitpunkt zu bestimmen (Polit & Beck 2004).

2. Literaturreview

2.1 Durchführung

Das Ziel des vorliegenden Literaturreviews war es, Studien zu finden, die sich mit dem Thema „Freiheitsbeschränkung“ in Krankenhäusern und Pflegeheimen beschäftigten, um einen breiten Überblick zum Thema zu gewinnen und Forschungslücken zu identifizieren. Bevor die eigentliche Literaturrecherche begann, wurde eine limitierte Initialsuche in der Datenbank PubMed durchgeführt, um die wesentlichen Schlüsselwörter zu identifizieren. Daraufhin folgte eine umfassende Literaturrecherche, die in Abbildung 1 dargestellt ist.

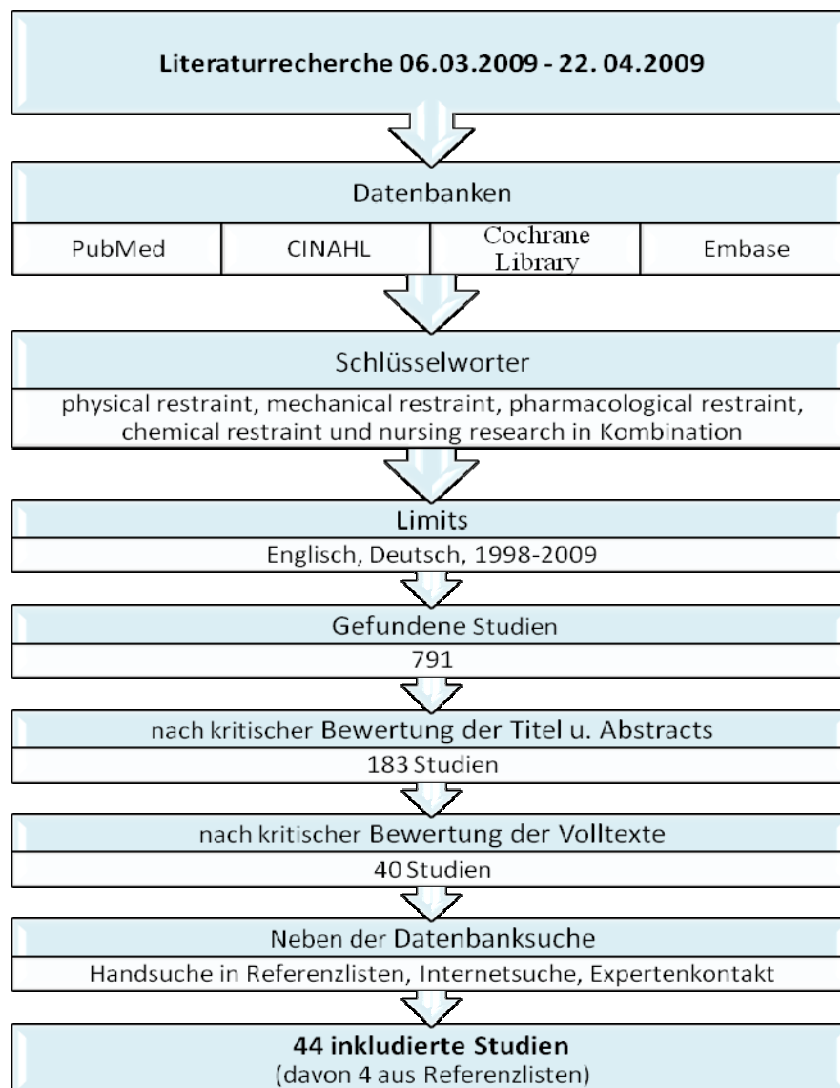


Abbildung 1: Durchführung der Literaturrecherche

Die Literatursuche schränkte sich auf die letzten 10 Jahre ein, weil nach Burns & Grove (2005) die Literaturquellen in einem Review nicht älter sein sollen. Bei der ersten kritischen Bewertung wurden bei den gefundenen 791 Studien die Titel und Abstracts auf Inhalt und Relevanz zum Thema beurteilt. Folgende *Einschlusskriterien* wurden für die Auswahl der Studien herangezogen: Englische und deutsche Literatur, publizierte Studien von 1998-2009, Studien mit dem Fokus Freiheitsbeschränkungen bei Patientinnen/BewohnerInnen in Krankenhäusern und Pflegeheimen. Die *Ausschlusskriterien* waren alle Settings, die nicht Krankenhäuser und/oder Pflegeheime einschlossen wie z.B. Hauskrankenpflege und Gemeindepflege. Die nach dieser ersten Beurteilung eingeschlossenen

Studien wurden daraufhin vollständig gelesen und nach den Richtlinien von Burns & Grove (2005) kritisch bewertet. In der Einleitung bezog sich die kritische Betrachtung auf das Forschungsproblem/den Sachverhalt, die Relevanz der Thematik, den theoretischen Bezugsrahmen, das Literaturreview, die Ziel(e), Forschungsfrage(n) und Hypothese(n). Im Methodenteil lag der Schwerpunkt der Bewertung auf dem verwendeten Design, der Stichprobe, dem Setting, den Datenerhebungsmethoden, der Analyse sowie den ethischen Aspekten. Bei den Ergebnissen wurde darauf geachtet ob diese klar beschrieben und strukturiert präsentiert wurden und ob sinnvolle und gut verständliche Tabellen und Grafiken zum Einsatz kamen, um die Ergebnisse zu präsentieren. Im Diskussionsteil wurde insbesondere darauf geachtet, ob die Ergebnisse mit vorangegangenen Studien in Bezug gebracht wurden, ob Limits/Stärken, Schlussfolgerungen, die Relevanz für die Pflegepraxis und Forschung sowie Empfehlungen für die Praxis und Forschung angeführt waren. Für Systematic Reviews wurde zusätzlich der Beurteilungsbogen für Systematische Übersichtsarbeiten oder Meta-Analysen von Behrens & Langer (2004) eingesetzt.

Neben der Datenbanksuche wurde auch eine Handsuche in den Referenzlisten der gelesenen Artikel durchgeführt, um weitere interessante Studien ausfindig zu machen sowie eine Internetsuche auf internationalen Seiten gestartet (wie z.B. internationale Pflegeorganisationen), um weitere wichtige Informationen, wie Guidelines und Gesetze ausfindig zu machen. Weiters wurden Rechtsexperten (PatientInnenanwält, BewohnerInnenvertreter) kontaktiert, um Daten über freiheitsbeschränkende Maßnahmen in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen zu eruieren und rechtliche Fragen abzuklären.

Insgesamt wurden 44 Studien inkludiert, 40 Studien über die Datenbankrecherche und 4 Studien durch die Referenzlisten der Artikel.

2.2 Ergebnisse

2.2.1 Rechtliche Aspekte in Österreich

In Österreich gibt es 2 wesentliche Gesetze, die Freiheitsbeschränkungen in Krankenhäusern und Pflegeheimen regeln, das Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG) und das Unterbringungsgesetz (UbG).

Die Entwicklung des Heimaufenthaltsgesetzes hat Jahre benötigt und das Gesetz ist erst mit 2005 in Kraft getreten. Es regelt die Freiheitsbeschränkungen in Alten- und Pflegeheimen, Behinderteneinrichtungen, Krankenhäusern (ausgenommen psychiatrische Abteilungen) und vergleichbaren Einrichtungen (Schlaffer 2009). Ziel des Regelwerkes ist es, die persönliche Freiheit von Menschen zu schützen und die Menschenwürde unter allen Umständen zu achten (Bundeskanzleramt Österreich 2008a).

Laut dem Heimaufenthaltsgesetz, wie bereits in der Einleitung erwähnt, wird von einer Freiheitsbeschränkung gesprochen, wenn eine betreute oder gepflegte Person gegen oder ohne ihren Willen an einer Ortsveränderung mit physischen Mitteln gehindert wird. Als physische Mittel gelten insbesondere mechanische, elektronische und medikamentöse Maßnahmen oder deren Androhung (Bundeskanzleramt Österreich 2008a).

Freiheitsbeschränkungen können auch auf Wunsch einer PatientIn/BewohnerIn erfolgen. Dazu ist es aber notwendig, dass die betreffende Person einsichts- und urteilsfähig ist und ihre Einwilligung, nach einer Aufklärung, ernstlich und frei von Zwang und Irrtum erteilt. Außerdem kann die PatientIn/BewohnerIn ihre Einwilligung zur Freiheitsbeschränkung jederzeit widerrufen (Schlaffer 2009).

Folgende Tabelle 2 zeigt einige Beispiele für Freiheitsbeschränkungen nach dem österreichischen Heimaufenthaltsgesetz.

Tabelle 2: Beispiele für freiheitsbeschränkende Maßnahmen nach Schlaffer (2009)

<u>Beispiele für Freiheitsbeschränkungsmaßnahmen</u>		
Hindern am Verlassen des Bettes/ Aufstehen von Sitzgelegenheiten	Hindern am Verlassen eines Bereiches	Medikamentöse Sedierung
Bettgitter Gurte/Leintücher im Bett oder Stuhl/Rollstuhl Netzbetten Hindernisse vor dem Bett (z.B. Stuhl) Wegnehmen von Gehhilfen Steckbretter (Tisch vor) gebremstem Rollstuhl Tisch vor Sessel	BewohnerIn festhalten Alarm- und Überwachungssysteme mit und ohne Sensoren (z.B. Ortungssysteme, Alarm beim Öffnen der Tür, Chips, Armbänder, Magnetstreifen) Isolierungen Türcode Drehknöpfe und Trickschlösser Versperrte Türen	Medikamentengabe zur Unterbindung des Bewegungsdranges/der Mobilitätsfähigkeit

Freiheitsbeschränkungen nach dem Heimaufenthaltsgesetz sind in Österreich nur dann zulässig, wenn die betroffene Person psychisch krank (nach Schlaffer (2009) fallen hier

auch dementielle Erkrankungen darunter) oder geistig behindert ist und in diesem Zusammenhang das eigene Leben oder die Gesundheit oder das Leben und die Gesundheit anderer ernstlich oder erheblich gefährdet. Die Freiheitsbeschränkung muss zur Abwehr der Gefahr unerlässlich und geeignet sein, soll in ihrer Dauer und Intensität zur Gefahr angemessen sein und darf nur angewendet werden, wenn die Gefahr durch andere Maßnahmen nicht abwendbar ist (Bundeskanzleramt Österreich 2008a). In diesem Sinne sind Freiheitsbeschränkungen erst dann einzusetzen, wenn alle erdenklichen Alternativen durchdacht bzw. versucht wurden. Nur das gelindeste Mittel ist beim Setzen einer Freiheitsbeschränkung erlaubt, welches gerade noch eine Gefahr abwenden kann. (Schlaffer 2009). Grund, Art und Dauer der Freiheitsbeschränkung sind schriftlich von einer anordnungsbefugten Person (je nach Einrichtung ist diese Person ein Arzt, eine Pflegedienstleitung, eine Pflegeperson oder eine pädagogische LeiterIn) zu dokumentieren (Bundeskanzleramt Österreich 2008a).

Wenn eine Person ungehindert von äußerem Zwang ihren Aufenthaltsort nach freiem Willen verlassen kann, liegt keine Freiheitsbeschränkung vor. Beispiele dafür wären:

- Eine Person wird überredet/überzeugt nicht fortzugehen/aufzustehen
- Die Freiheitsbeschränkung führt zu einer Erhöhung des Bewegungs- u. Handlungsspielraumes
- Eine Person ist nur zu unwillkürlichen Bewegungen fähig (z.B. bei Bewusstlosigkeit)
- Eine Person wird daran gehindert, bestimmte Areale/Räume zu betreten (z.B. Personalräume)

(Schlaffer 2009)

Freiheitsbeschränkungen in psychiatrischen Krankenhäusern und auf psychiatrischen Stationen werden durch das österreichische Unterbringungsgesetz (UbG) geregelt, welches 1991 in Kraft getreten ist. Freiheitsbeschränkungen sind in diesem Gesetz ebenfalls nur zulässig, wenn die PatientIn an einer psychischen Krankheit leidet und in diesem Zusam-

menhang eine Selbst- und/oder Fremdgefährdung besteht. Freiheitsbeschränkungen bei geistig Behinderten, wie im Heimaufenthaltsgesetz, sind nach diesem Gesetz aber nicht zulässig. Weiters dürfen Freiheitsbeschränkungen nach diesem Gesetz zur ärztlichen Behandlung/Betreuung angewendet werden, wenn diese unverzichtbar sind und nicht außer Verhältnis stehen (Bundeskanzleramt 2008b).

2.2.2 Prävalenz und Inzidenz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen

Krankenhäuser

Das Literaturreview von Hamers & Huizing (2005) aus den Niederlanden zeigte eine Prävalenz der Freiheitsbeschränkungen in Krankenhäusern von 8%-18%. Bei Studien, die genau im Zeitraum von 1999–2004 lagen, betrug die Prävalenz 33%–68%. Ein etwas höheres Ergebnis für ein Krankenhaussetting in China fand sich in der randomisierten klinischen Studie von Kwok et al. (2006). Nach einer direkten Beobachtung, einer Auswertung der Pflegedokumentation und Rückfragen beim Pflegepersonal waren 143 PatientInnen (79,4%) von insgesamt 180 PatientInnen auf geriatrischen Rehabilitationsstationen im Laufe ihres Krankenhausaufenthaltes von einer Freiheitsbeschränkung betroffen. Minnick et al. (2007) untersuchte in einer deskriptiven Studie die Prävalenz von Freiheitsbeschränkungen in 40 amerikanischen Akutkrankenhäusern mittels direkter Beobachtung und Auswertung der PatientInnendokumentation. Die gesamte Prävalenzrate war 50 pro 1.000 PatientInnentage, basierend auf 155.412 PatientInnentage. Die Raten variierten zwischen den Stationstypen wobei es auf Intensivstationen die höchsten Raten gab. Kuosmanen et al. (2007) fand in einer qualitativen Studie durch Interviews heraus, dass von 51 psychiatrischen PatientInnen in Finnland, 69% (n=35) eine Freiheitsbeschränkung während ihres Krankenhausaufenthalts erfahren hatten.

Die Inzidenz der Freiheitsbeschränkungen bei PatientInnen (n=122) einer prospektiven Beobachtungsstudie in einem deutschen psychiatrischen Krankenhaus betrug 30,3% (n=37) (Bredthauer et al. 2005). Ein deutlich niedrigeres Ergebnis fand sich in der Studie von Martin et al. (2007) wo die Inzidenz von Freiheitsbeschränkungen in 10 deutschen psychiatrischen Krankenhäusern mittels Dokumentationsbögen erhoben wurde. 8,4% der behandelten Fälle von 16005 Fällen waren von Freiheitsbeschränkungen betroffen. Ergeb-

nisse einer weiteren Studie aus Brasilien ergaben, dass von 301 unruhigen, aggressiven Personen, 73 (24%) innerhalb der ersten 2 Stunden der Aufnahme in psychiatrischen Krankenhäusern freiheitsbeschränkt wurden (Migon et al. 2008). Etwas niedriger waren die Resultate in einer Querschnittstudie aus Japan. 18% (n=241) der 1334 PatientInnen waren während ihrer Aufnahme freiheitsbeschränkt (n= 1334) (Odawara et al. 2005). Die einzigen Zahlen für Freiheitsbeschränkungen in Österreich konnten über die PatientInnenanwaltschaft ermittelt werden. Im Zeitraum von 01.01. 2008-31.12.2008 wurden von 21052 Unterbringungen in psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen an 30 Standorten in Österreich 8084 PatientInnen (38,45%) freiheitsbeschränkt (VSP 2009 a).

Pflegeheime

In einer Querschnittstudie wurden mittels strukturierter Interviews die Episoden von Freiheitsbeschränkungen bei BewohnerInnen in Norwegen erhoben. Von insgesamt 1501 PflegeheimbewohnerInnen waren 39,2% (n=588) von diesen Maßnahmen betroffen (Kirkevold & Engedal 2004). In einer weiteren Querschnittstudie von Kirkevold, Sandvik & Engedal (2004) gab es bei 1926 BewohnerInnen die idente Prävalenz von 39,3% (n=758). Die Studie von Hamers, Gulpers & Strik (2004) erforschte anhand eines Fragebogens bei 265 BewohnerInnen aus Pflegeheimen in den Niederlanden eine Prävalenz von 49% (n=128). Das Literaturreview von Hamers & Huizing (2005) ermittelte eine Prävalenz der Anwendung von Freiheitsbeschränkungen in niederländischen Pflegeheimen von 15-66%. Bei der Betrachtung von Studien, die im Zeitraum von 1999 –2004 lagen, betrug die gemeldete Prävalenz 41–64%. In einer cluster-randomisierten Studie von Huizing et al. (2006), zur Testung der Kurzzeiteffekte einer Bildungsintervention (Fokus: Entscheidungsfindung für Pflegepersonen für/gegen die Anwendung von Freiheitsbeschränkungen, Effekte und Konsequenzen der Anwendung, Strategien zur Analyse des Risikoverhaltens der BewohnerInnen und Alternativen zu Freiheitsbeschränkungen – Ziel war eine Philosophie der beschränkungsfreien Pflege sowie Techniken der individuellen Pflege) auf Freiheitsbeschränkungen, wurde durch Beobachtung herausgefunden, dass von 145 BewohnerInnen in den Niederlanden 58% (n=85) vor der Implementierung der Bildungsintervention durch Freiheitsbeschränkungen betroffen waren. Die gleichen Autoren testeten dieselbe Bildungsintervention im Langzeiteffekt, wobei vor der Bildungsmaßnahme nur eine gering abweichende Prävalenz festgestellt wurde. Von 241 Personen waren 52% (n=124) von

Freiheitsbeschränkungen betroffen (Huizing et al. 2009). In einer weiteren Querschnittstudie von Huizing et al. (2007) waren von 371 BewohnerInnen 206 (56%) von Freiheitsbeschränkung betroffen. Meyer et al. (2009) erforschte die Prävalenz der Anwendung von Freiheitsbeschränkungen bei circa 2400 PflegeheimbewohnerInnen aus 30 Pflegeheimen in Deutschland durch direkte Beobachtung und Auswertung der PatientInnendokumentation in einer Querschnittstudie. Bei der direkt darauffolgenden 12-monatigen prospektiven Kohortenstudie mit der gleichen Studienpopulation, wurde die Inzidenz der Freiheitsbeschränkungen erhoben. Die Prävalenz der BewohnerInnen mit mindestens einer Freiheitsbeschränkung war 26,2% in der Querschnittstudie und die Inzidenz der BewohnerInnen mit mindestens einer Anwendung von Freiheitsbeschränkung in der prospektiven Kohortenstudie betrug 39,8%.

International gesehen reicht die Prävalenz von Freiheitsbeschränkungen in Krankenhäusern von 8% - 79% und die Inzidenz von 8% - 40%. In Pflegeheimen reicht die Prävalenz von 15% - 66%. Die Prävalenz- und Inzidenzzahlen zeigen eine große Varianz zwischen den Studien, die wahrscheinlich auf die ungleichen Definitionen, Settings, Erhebungsmethoden und Stichprobengrößen zurückzuführen ist.

2.2.3 Typen von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen

Folgende Abbildung 2 zeigt Beispiel für Freiheitsbeschränkungen, die oft in Krankenhäusern und Pflegeheimen zum Einsatz kommen.

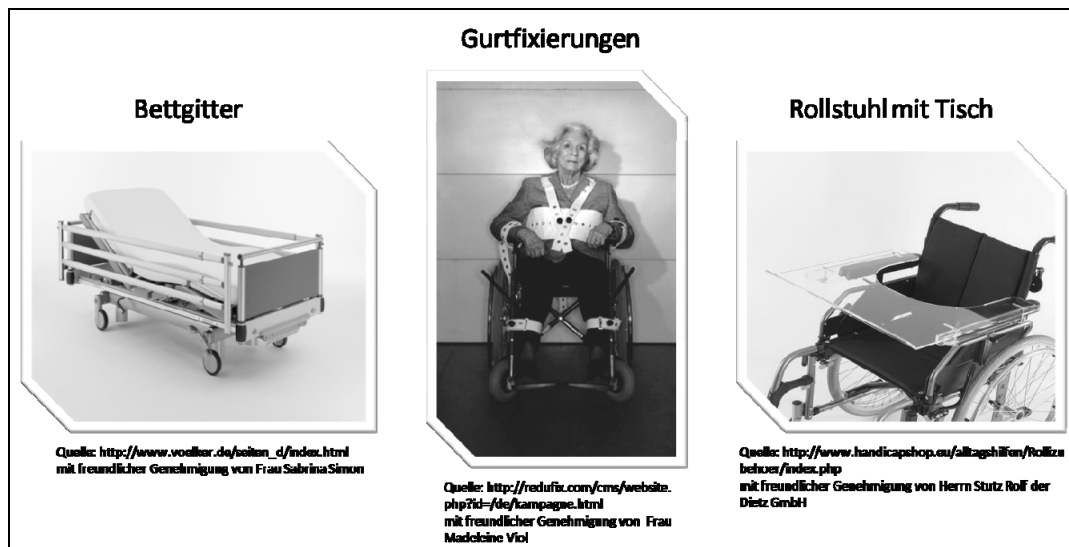


Abbildung 2: Beispiele für Typen von Freiheitsbeschränkungen

In vielen internationalen Studien, die Typen von Freiheitsbeschränkungen in Krankenhäusern und Pflegeheimen untersucht haben, standen Bettgitter an erster Stelle für Beschränkungen von Personen (Bredthauer et al. 2005; Hamer, Gulpers & Strik 2004; Huizing et al. 2006, 2008; Kirkevold & Engedal 2004; Kirkevold, Sandvik & Engedal 2004; Kwok et al. 2006; Laurin et al. 2004). Weitere häufige Maßnahmen, die bei PatientInnen und/oder BewohnerInnen angewendet wurden, waren unterschiedliche Gurte (z.B. Bauchgurte, Handgelenkgurte), die zur Fixierung der Person im Bett oder am (Roll)stuhl dienten und/oder spezielle Tische (Therapietische oder Steckbretter genannt), die an einem weiteren Tisch bzw. am (Roll)stuhl angebracht wurden (Bredthauer et al. 2005; Demir 2007; Hamer, Gulpers & Strik 2004; Huizing et al. 2006, 2008; Kirkevold & Engedal 2004; Kirkevold, Sandvik & Engedal 2004; Kwok et al. 2006; Laurin et al. 2004; Mamun & Lim 2005; Wynn 2002). Ebenso wie bei den meisten Autoren dominierten auch bei Meyer et al. (2009) sowohl in der Querschnittstudie als auch in der darauffolgenden prospektiven Kohortenstudie Bettgitter als freiheitsbeschränkende Anwendung bei ca. 2376 PflegeheimbewohnerInnen in Deutschland. Stühle mit Tischen und Gurte wurden im Gegensatz zu anderen Autoren aber nur sehr selten beobachtet.

2.2.4 Gründe für die Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen

Durch ein Systematic Review von Evans & FitzGerald (2002a) wurden mittels Inhaltsanalyse von 23 internationalen Studien (13 aus Krankenhaussettings und 10 aus Pflegeheimsettings) 4 große Bereiche als Gründe für Freiheitsbeschränkungen in diesen Settings gefunden. Diese waren:

1. ***PatientInnenorientierte Gründe*** mit den Subkategorien
 - PatientInnensicherheit (z.B. Sturz, Verletzungen, Selbstgefährdung),
 - Agitiertheit
 - Verhaltenskontrolle (bei z.B. Verwirrtheit)
 - Umherirren
 - Support (z.B. Hilfestellung zum Aufrechterhalten der Sitzposition im Stuhl)
2. ***Sozialgruppen-orientierte Gründe***, wie z.B. Fremdgefährdung von Menschen durch PatientInnen/BewohnerInnen,
3. ***Behandlungsorientierte Gründe***, wie z.B. Schutz vor dem Selbstentfernen einer medizinischen Anwendung durch PatientInnen/ BewohnerInnen
4. ***Personal- und organisationsorientierte Gründe***, wie z.B. Personalknappheit.

Im Gesamtergebnis waren in Krankenhäusern und Pflegeheimen die „PatientInnenorientierten Gründe“ (siehe Abbildung 3) am häufigsten und in diesem Zusammenhang die Prävention von Sturz und/oder Verletzungen. Auch weitere Autoren kamen zu dem Ergebnis, dass die Prävention von Sturz und/oder Verletzungen die dominantesten Gründe für Freiheitsbeschränkungen in Krankenhäusern und/oder Pflegeheimen waren (Demir 2007; Gastmans & Milisen 2006; Hamers, Gulpers & Strik 2004; Hamers & Huizing 2005; Laurin et al. 2004; Mamun & Lim 2005; Meyer et al. 2009; Minnick et al. 2007). Die weiteren Subkategorien der „PatientInnenorientierten Gründe“, wie sie bei Evans & FitzGerald (2002a) beschrieben wurden, konnten ebenfalls in anderen Studien als häufige Gründe für Freiheitsbeschränkungen bestätigt werden (Bredthauer et al. 2005; Demir 2007, Kirkevold, Sandvik

& Engedal 2004; Kwasny, Hagen & Armstrong-Esther 2006; Laurin et al. 2004; Mamun & Lim 2005; Migon et al. 2008; Minnick et al. 2007; Odawara et al. 2005; Wynn 2003).

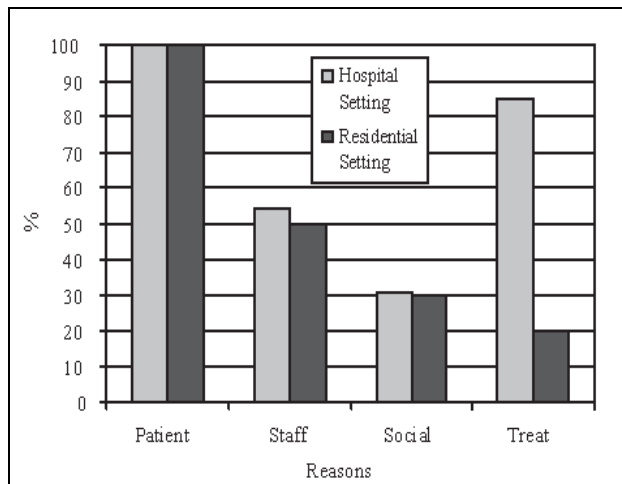


Abbildung 3: Hauptgründe für Freiheitsbeschränkungen in KH und PH (Evans & FitzGerald 2002a)

Huizing et al. (2007) untersuchten in einer Querschnittstudie die Beziehung zwischen der Anwendung von Freiheitsbeschränkungen bei 371 PflegeheimbewohnerInnen und den Charakteristiken der Organisation (Job und Stationscharakteristiken, wie z.B. Arbeitsbeanspruchung, soziale Unterstützung, Vollzeitbeschäftigungsrate) in 15 niederländischen gerontopsychiatrischen Pflegeheimen. Nur die Jobautonomie konnte als erhöhte Chance für die Anwendung von Freiheitsbeschränkungen bestimmt werden. Dies wurde damit erklärt, dass Pflegepersonen mit größerer Autonomie mehr Befugnisse besitzen und somit mehr Einfluss auf den Entscheidungsprozess für Freiheitsbeschränkungen besitzen. Ein anderes Ergebnis zeigte die Querschnittstudie von Pekkarinen et al. (2006). Der Effekt der Pflegearbeitsbedingungen in Hinblick auf die Anwendung von Freiheitsbeschränkungen auf Langzeitpflegestationen in 31 Einrichtungen (23 Pflegeheime, 8 Gesundheitszentren) bei 2430 älteren BewohnerInnen wurde untersucht. Die Resultate zeigten, dass hohe Arbeitsbeanspruchungen auf Stationen die Chancen für Freiheitsbeschränkungen steigern, wenn Pflegepersonen wenig Gelegenheit haben, ihre Skills anzuwenden und nur im geringen Maße die Möglichkeit besitzen, am Entscheidungsprozess für/gegen Freiheitsbeschränkungen mitzuwirken.

2.2.5 Charakteristiken der PatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen

Ein besonders hohes Risiko für Freiheitsbeschränkungen in Krankenhaussettings, haben PatientInnen mit kognitiven Beeinträchtigungen (z.B. Demenz) und/ oder psychischen Störungen (z.B. Schizophrenie) (Bredthauer et al. 2005; Jarrett, Bowers & Simpson 2008; Martin et al. 2007; Migon et al. 2008; Odawara et al. 2005). In Pflegeheimen sind ebenfalls kognitive Beeinträchtigungen der BewohnerInnen Risikofaktoren für Freiheitsbeschränkungen, aber auch Mobilitätseinschränkungen spielen eine große Rolle als Prädiktoren (Hamers, Gulpers & Strik 2004; Hamers & Huizing 2005; Huizing et al. 2006, 2007; Meyer et al. 2009; Pekkarinen et al. 2006). In einer norwegischen Querschnittstudie von Kirkevold, Sandvik & Engedal (2004) zeigte auch die Hilfsbedürftigkeit der 1501 BewohnerInnen bei den ATL einen signifikanten Einfluss auf Freiheitsbeschränkungen. Zu einem gegenteiligen Ergebnis kam Huizing et al. (2007) in ihrer niederländischen Querschnittstudie. Hier gab es keinen Einfluss des ATL Statuses der 371 BewohnerInnen auf Freiheitsbeschränkungen. Die Studie von Hamers, Gulpers & Strik (2004) erkundete, dass die Pflegeabhängigkeit ein Risikofaktor für Freiheitsbeschränkungen ist.

2.2.6 Konsequenzen von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen

Das Literaturreview von (Gastmans & Milisen 2006) aus Belgien zeigt auf, dass Freiheitsbeschränkungen in den meisten Fällen mehr Schaden als Nutzen bei BewohnerInnen in Pflegeheimen hervorrufen. Negative Konsequenzen, die in der internationalen Literatur von den Autoren gefunden wurden, waren Hämatome, Dekubiti, Atemprobleme, Urininkontinenz, Obstipation, Mangelernährung, Abhängigkeit bei den ATL, verminderte Muskelstärke und Gleichgewichtsprobleme, kardiovaskuläre Problematiken, gesteigerte Unruhe, gesteigertes Risiko für Mortalität und Strangulation, Verletzungen wie Frakturen oder Schädel-Hirn-Traumata. Evans, Wood & Lambert (2003) aus Australien untersuchten Verletzungen durch Freiheitsbeschränkungen mittels eines Systematic Reviews. Durch 12 Beobachtungsstudien kamen die Autoren zu dem Resultat, dass Freiheitsbeschränkungen möglicherweise die Risiken Tod, Sturz und schwerwiegende Verletzungen bei PatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen erhöhen sowie die Dauer des Krankenhausaufenthalts verlängern. Deswegen wurde die Empfehlung gegeben, Freiheitsbeschränkungen nur als letzte Möglichkeit anzusehen. Bei der Anwendung sollte der minimalste Freiheitsbe-

schränkungslevel (z.B. keine Ganzkörperfixierung falls auch die Fixierung eines Handgelenkes reicht) mit der kürzestmöglichen Dauer angewendet werden. Eine engmaschige Überwachung der Freiheitsbeschränkten wurde ebenfalls empfohlen. Cotter (2005) weist in ihrem Literaturreview darauf hin, dass Freiheitsbeschränkungen als Interventionen für ältere Menschen mit Demenz eliminiert werden sollten. Stress, akute funktionelle Verschlechterung, Zunahme von Sturzgefahr, schwerwiegenden Verletzungen und Tod sind die negativen Konsequenzen von Freiheitsbeschränkungen. In der Querschnittstudie von Mamun & Lim (2005) hatten 32 von 91 PflegeheimbewohnerInnen aus Singapur eine Komplikation durch die Freiheitsbeschränkung. Am häufigsten waren dabei Verletzungen (62.5%). In der Querschnittstudie von Demir (2007) berichteten Pflegepersonen aus türkischen Krankenhäusern in einem Interview ebenfalls von verschiedenen negativen Konsequenzen. Es gab Ödeme und Zyanose an Handgelenks- und Armregionen der PatientInnen, Dekubiti an verschiedenen Stellen des Körpers, Blutungen bei liegenden Kanülen durch die Reibung der Fixierungsmaßnahme sowie Aspiration und Atembeschwerden. Außerdem gab es 9 Tote durch Thoraxfixierungen. Mittels Systematic Review wollten Sailas & Fenton (2000) den Effekt von Freiheitsbeschränkungen als Interventionen für gewalttätige beziehungsweise selbst- und/oder fremdgefährdeten Personen mit psychischen Erkrankungen bewerten. Die Autoren gaben aufgrund der Daten von nicht randomisierten Studien die Empfehlung, Freiheitsbeschränkungen nur minimal anzuwenden. Auch Nelstrop et al. (2006) kamen durch ihr Systematic Review zu dem Ergebnis, freiheitsbeschränkende Maßnahmen nur mit Vorbehalt für das Kurzzeitmanagement von gestörten/gewalttätigen Verhalten in stationären psychiatrischen Settings (geriatrische Settings wurden exkludiert) anzuwenden und nur dann, wenn alle anderen Interventionen versagen.

Die Literatur zeigt auf, dass Freiheitsbeschränkungen möglicherweise zu negativen Konsequenzen wie Sturz, Verletzungen und Tod führen können, weswegen von den meisten Autoren empfohlen wird Freiheitsbeschränkende Maßnahmen nur minimal anzuwenden.

2.2.7 Einstellungen und Gefühle zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen

Krankenhäuser

Personal

In einer qualitativen Studie berichteten Pflegepersonen aus 3 Krankenhäusern in Taiwan (medizinische, chirurgische Stationen) von verschiedenen emotionalen Reaktionen bei Freiheitsbeschränkungen wie Betroffenheit, Schuldgefühle, Widersprüche (weil die Anwendungen Menschenrechte verletzen), keine Gefühle (weil Maßnahmen als Routine gesehen wurden), Sicherheitsgefühle (Schutz für PatientIn vor z.B. Sturz) und Mitleid. Allgemein überwogen die negativen Gefühle (Chuang & Huang 2007). Das Literaturreview von Haut et al. (2007) aus Deutschland zeigte, dass die Einstellungen der Pflegepersonen (inkludiert waren 3 Studien aus der Schweiz, Australien und Großbritannien) in stationären geriatrischen Settings gegenüber Freiheitsbeschränkungen ambivalent waren zwischen dem Schutz vor Fremd- und Selbstverletzung und der Einschränkung des Rechts der Betroffenen auf selbstbestimmte Freiheit und Bewegung. Wynn (2003) zeigte mittels Fragebogenerhebung, dass ein Großteil des Personals in einem psychiatrischen Krankenhaus in Norwegen an die Korrektheit ihrer Entscheidung für Freiheitsbeschränkungen glaubte. Das Personal von Stationen mit hoher Anwendung freiheitsbeschränkenden Maßnahmen und Isolierungen sowie das männliche Personal waren bezüglich der Häufigkeit dieser Interventionen aber eher kritisch eingestellt. Die Evidenz eines Systematic Reviews aus England kam zu dem Resultat, dass das Personal von stationären psychiatrischen Settings Freiheitsbeschränkungen auf der einen Seite traumatisch empfand, aber auf der anderen Seite als eine notwendige Funktion (Nelstrop et al. 2006). Ähnliche Ergebnisse finden sich auch in der phänomenologischen Studie von Bigwood & Crowe (2008) aus Neuseeland. Die Resultate zeigten, dass Pflegepersonen von akutstationären psychiatrischen Settings körperliche Fixierungen als Teil ihres Jobs ansahen, aber dabei unangenehme Empfindungen hatten. Die Pflegepersonen empfanden Angst und Konflikte in Verbindung mit der Prozedur. Die Hauptquelle des Konflikts stand in Verbindung mit der Notwendigkeit der Aufrechterhaltung von Kontrolle und den professionelleren Werten der therapeutischen Beziehung.

PatientInnen

In einem Systematic Review von Evans & FitzGerald (2002b) aus Australien wurde herausgefunden, dass die negativen Gefühle bei PatientInnen in Akutpflegesettings überwogen. Diese waren ein Gefühl der Beschränkung, wobei hier nicht nur die körperliche Be-

wegungseinschränkung gemeint war sondern auch der gedankliche Verlust der Freiheit, der Verlust der Kontrolle auf das Geschehen sowie ein Gefühl des Unbehagens freiheitsbeschränkt zu werden. Positive Gefühle bezogen sich auf die Sicherheit (z.B. Freiheitsbeschränkung bewahrt vor Sturzgefahr). Auch Wong & Chien (2005) fanden mittels Interviews überwiegend negative Gefühle bei den PatientInnen in China. Diese sprachen von unangenehmen Gefühlen, Ärger, Angst, Demütigung und Hilflosigkeit. Gab es positive Gefühle, so waren dies ebenfalls Sicherheitsgefühle (z.B. nicht stürzen.) Die Intensität und Typen der Gefühle wurden beeinflusst von der Einstellung der Pflegeperson, des Pflegeverhaltens (physische und psychische Bedürfnisse erkennen) und von der Frequenz der Interaktionen. Ein Literaturreview, welches auf die Ergebnisse von Evans & FitzGerald 2002b aufbaut, bestätigt ebenfalls die hauptsächlich negativen Einstellungen der PatientInnen aus stationären geriatrischen Settings gegenüber Freiheitsbeschränkungen. Ein Verlust von Freiheit, Würde und Bewegungsmöglichkeit kennzeichnete diese Haltung (Haut 2007). In einer qualitativen Studie aus Norwegen erfasste Wynn (2004) die Erfahrungen der von Freiheitsbeschränkungen betroffenen PatientInnen eines psychiatrischen Krankenhauses. Einige PatientInnen sahen die Maßnahmen als berechtigt an, während andere diese kritisch betrachteten. Viele glaubten, dass die Interventionen verhindert hätten werden können (z.B. durch Kommunikation). Die Freiheitsbeschränkungen führten bei den Betroffenen zu Gefühlen wie Angst, Ärger und Feindseligkeit. Bei manchen PatientInnen hatte die Freiheitsbeschränkung durchaus eine beruhigende Wirkung, während dies bei anderen lediglich durch medikamentöse Freiheitsbeschränkung geschah. Etliche PatientInnen glaubten, dass die Anwendung von Freiheitsbeschränkungen sie vor Selbst- und Fremdgefährdung schütze. Manche waren gegenüber dem Personal verärgert, ängstlich und misstrauisch nach einer Freiheitsbeschränkung und einige empfanden, dass dadurch die Beziehung zwischen dem Personal und Ihnen geschädigt wurde. PatientInnen mit psychotischen Symptomen während der Anwendung, verstanden die Personalentscheidung zur Freiheitsbeschränkung besser als andere PatientInnen. In einer Querschnittstudie aus Finnland wurden negative Gefühle bei stationären psychiatrischen PatientInnen in Zusammenhang mit Freiheitsbeschränkungen herausgefunden. Die Betroffenen fühlten sich betrübt, gedemütigt und empfanden die Zwangsmaßnahmen als Machtanwendung des Personals (Kuosmanen et al. 2007).

Angehörige

Bei Familienangehörigen überwogen wie auch bei den Betroffenen in der stationären Akutpflege die negativen Empfindungen. Diese zeichneten sich durch Ärger (sahen Freiheitsbeschränkung als nicht gerechtfertigt an) und Unbehagen (Schuldgefühle, Hoffnungslosigkeit) aus. Die positive Sichtweise bezog sich auch hier auf die Sicherheit (Evans & FitzGerald 2002b). Haut (2007) kam ebenfalls zu dem Ergebnis, dass bei Familienangehörigen von Betroffenen aus stationären geriatrischen Settings die negativen Gefühle überwogen.

Pflegeheime

Für den Pflegeheimbereich wurde nur 1 qualitative Studie aus der Schweiz gefunden, die sich mit der Erforschung der Sichtweisen des Pflegepersonals bezüglich Freiheitsbeschränkungen auseinandersetzte. Die einen Pflegepersonen waren sich unsicher bezüglich der Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, während andere positive Einstellungen hatten. (Hantikainen & Käppli 2000).

Die Literatur im Krankenhaussektor zeigt auf, dass die Einstellungen des Pflegepersonals gegenüber Freiheitsbeschränkungen ambivalent bis negativ sind und Betroffene wie auch Angehörige Freiheitsbeschränkungen als hauptsächlich negativ betrachten. Als positiv wird das Sicherheitsgefühl (z.B. der Glaube, durch die Freiheitsbeschränkung nicht zu stürzen) vom Pflegepersonal, Betroffenen und Angehörigen betrachtet.

2.2.8 Reduktion von Freiheitsbeschränkungen und alternative Interventionen

Reduktion

Die Komponenten von Reduktionsprogrammen in Krankenhäusern und Pflegeheimen stützen sich auf 2 große Bereiche. Dies wären Bildungsmaßnahmen, um Veränderungen in der Organisation herbeizuführen sowie der Einsatz von multiplen Aktivitäten zur Reduktion von Freiheitsbeschränkungen (Gaskin, Elsom & Happell 2007; Evans, Wood & Lambert 2002c; JMI 2002). Die meisten ***Bildungsmaßnahmen inkludieren*** folgenden Themen: Die Bedeutung von Freiheitsbeschränkungen verstehen, Rechte und Autonomie der PatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen erlernen, falsche Vorstellungen und Mythen bezüglich

der Anwendung von Freiheitsbeschränkungen erkennen, Auseinandersetzung mit ethischen und rechtlichen Aspekten, Auswirkungen von Freiheitsbeschränkungen auf die betroffenen Personen, Verhaltensprobleme (z.B. Aggressionen) der PatientInnen/BewohnerInnen und Alternativen für Freiheitsbeschränkungen (JMI 2002). Godkin & Onyskiw (1999) erklärten, dass Bildungsprogramme einen positiven Einfluss auf das Wissen, die Einstellungen und die Arbeitsweisen von Pflegepersonen haben. ***Zu den multiplen Aktivitäten gehören*** laut JMI (2002) unterschiedliche Strategien. Oft werden interne Organisationsänderungen vorgenommen durch die Implementierung eines Komitees für Freiheitsbeschränkungen, Einführung von Protokollen, Richtlinien und Guidelines, Einsatz von ExpertInnen für Freiheitsbeschränkungen, Individuelle Pflege, Bildungsmaßnahmen für Familienangehörige und Managementstrategien für spezifische PatientInnengruppen wie z.B. für kognitiv beeinträchtigte Personen (z.B. Orientierung geben), sturzgefährdete Personen (z.B. Sturzpräventionsprogramme), herumirrende Personen (z.B. Nachtaktivitäten einführen), Personen, die an medizinischen Behandlungen hantieren (z.B. abdecken der I.V. Leitung), aggressive Personen (z.B. Musik zur Beruhigung) und Personen mit beeinträchtigter Mobilität (z.B. üben von Transfertechniken) (JBI 2002).

Für den Krankenhaussektor gibt es nur eine geringe Evidenz solcher Programme zur Reduktion von Freiheitsbeschränkungen (Evans, Wood & Lambert 2002c; JBI 2002; Rutledge, Donaldson & Pravikoff 2003, Rudledge & Pravikoff 2003 a, b). Für Pflegeheime hingegen werden Bildungsprogramme in Kombination mit Expertenkonsultationen als erfolgreich für die Senkung von Freiheitsbeschränkungen gesehen (Evans, Wood & Lambert (2002). Zum selben Ergebnis kam auch eine randomisierte klinische Studie, die ein Bildungsprogramm (mit dem Fokus Demenz, Aggression, Problemverhalten, Entscheidungsfindung, und Alternativen bezüglich der Anwendung von Freiheitsbeschränkungen) in Verbindung mit monatlichen Beratungen durch eine ExpertIn in Pflegeheimen initiierte. Die Interventionen führten zu einer signifikanten Reduktion von Freiheitsbeschränkungen in der Interventionsgruppe (Testad, Aasland & Aarsland 2005). Zu einem gegenteiligen Ergebnis kam Huizing et al. (2006) in einer cluster-randomisierten Studie, die Kurzzeiteffekte einer Bildungsintervention (Fokus: Entscheidungsfindung für/gegen die Anwendung von Freiheitsbeschränkungen, Effekte und Konsequenzen der Anwendung, Strategien zur Analyse des Risikoverhaltens der BewohnerInnen, Alternativen – Ziel war eine Philoso-

phie der beschränkungsfreien Pflege, Techniken der individuellen Pflege) in Pflegeheimen testete. Die Interventionen senkten nicht die Freiheitsbeschränkungen. Huizing et al. (2009) untersuchten daraufhin in einer weiteren Studie die Langzeiteffekte der Bildungsintervention in Verbindung mit Beratungen im gleichen Setting. Auch hier gab es keine Effekte auf die Anwendung von Freiheitsbeschränkungen.

Alternativen

Als Alternativen gelten alle Interventionen, die anstelle einer Freiheitsbeschränkung eingesetzt werden oder deren Anwendung reduzieren (JBI 2002). Alternativen, die durch Literaturreviews für Freiheitsbeschränkungen bei PatientInnen und BewohnerInnen herausgefunden wurden, wären:

- Umgang mit dem mentalen Status der Personen (z.B. Orientierung geben),
- Verhaltensmanagementstrategien (z.B. Aggressionsmanagement)
- Überwachungsmaßnahmen (z.B. 1:1 Überwachung, PatientIn/BewohnerIn in die Nähe des Stationszimmers verlegen),
- Kommunikation (z.B. aktiv zuhören können, Gespräche anbieten),
- Schützen der medizinischen Therapie (z.B. abdecken einer Infusionsleitung durch Langarmshirt),
- Individuelle Pflege
- Umweltänderungen (z.B. niedere Betthöhe einstellen, Aktivitäten anbieten, damit PatientIn beschäftigt ist)
- Systemänderungen (z.B. Dokumentieren der Freiheitsbeschränkungen)

(Rutledge, Donaldson & Pravikoff 2003, Rudledge & Pravikoff 2003 a, b).

Die vorgestellten Interventionen sind aber noch nicht ausreichend durch Forschung auf ihre Effektivität überprüft worden (Rutledge, Donaldson & Pravikoff 2003, Rudledge & Pravikoff 2003 a, b).

2.3 Zusammenfassung Literaturreview

In Österreich werden Freiheitsbeschränkungen durch das Unterbringungsgesetz und das Heimaufenthaltsgesetz geregelt. Die Prävalenz von Freiheitsbeschränkungen reichen international in Krankenhäusern von 8% - 79% und in Pflegeheimen von 12% - 66%. Die Prävalenzzahlen von Freiheitsbeschränkungen zeigen international eine große Varianz zwischen den inkludierten Studien, die wahrscheinlich auf die unterschiedlichen Definitionen, Settings, Erhebungsmethoden und Stichprobengrößen zurückzuführen sind. Bei PatientInnen und Pflegeheimbewohnerinnen in Krankenhäusern und Pflegeheimen sind Bettgitter, Gurte in verschiedenen Variationen und (Roll)stühle mit Tischen die häufigsten Freiheitsbeschränkungen. Die Sturzgefahr ist der Hauptgrund für die Anwendung von Freiheitsbeschränkungen in Krankenhäusern und Pflegeheimen. Weitere häufige Gründe sind Selbstgefahr, Verwirrtheit, Agitiertheit, behandlungsorientierte Gründe und Fremdgefährdungen. Die häufigsten Charakteristiken der freiheitsbeschränkten Betroffenen in Krankenhäusern sind kognitive Beeinträchtigungen und psychische Störungen. In Pflegeheimen sind besonders Mobilitätsdefizite- und kognitive Beeinträchtigungen der BewohnerInnen Risikofaktoren für die Anwendung von Freiheitsbeschränkungen. Mit Freiheitsbeschränkungen werden negative Konsequenzen wie Sturz, Verletzungen und Tod in Zusammenhang gebracht, weshalb solche Maßnahmen nur minimal angewendet werden sollen. Die Einstellung des Pflegepersonals in Krankenhäusern gegenüber Freiheitsbeschränkungen ist ambivalent bis negativ. Betroffene wie auch Angehörige empfinden Freiheitsbeschränkungen hauptsächlich negativ. Gibt es positive Einstellungen bei diesen 3 Personengruppen, beziehen sich diese meist auf das Sicherheitsgefühl (z.B. nicht stürzen). Dominante Strategien zur Reduktion von Freiheitsbeschränkungen in Krankenhäusern und Pflegeheimen sind Bildungsmaßnahmen und multiple Aktivitäten. Eine ausreichende Evidenz für die Effektivität solcher Interventionen gibt es aber nicht.

Basierend auf dem Literaturreview kann gesagt werden, dass international der größte Forschungsmangel im Bereich der Reduktionsmaßnahmen für Freiheitsbeschränkungen liegt. Hier müsste in Zukunft der Schwerpunkt der internationalen Forschung liegen. Ein weiterer Mangel ist, dass in den Studien verschiedenste Methoden zur Erhebung der Prävalenz von Freiheitsbeschränkungen eingesetzt wurden, wodurch nationale aber auch internationale Vergleiche der Prävalenz einschränkt werden. Für Österreich konnten keine Forschungsergebnisse für Freiheitsbeschränkungen in Pflegeheimen und Krankenhäusern er-

mittelt werden. Aufgrund dieser Tatsache besteht in Österreich die Priorität, das Ausmaß dieses Pflegeproblems in Krankenhäusern und Pflegeheimen systematisch zu erfassen.

3. Ziel der Studie

Die vorliegende Arbeit verfolgte das Ziel, die aktuelle Situation der Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen aufzuzeigen. Dieses Ziel wurde mit folgenden Forschungsfragen bearbeitet:

- Wie hoch ist die Prävalenz der Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen bei PatientInnen und BewohnerInnen?
- Was sind die am häufigsten eingesetzten freiheitsbeschränkenden Maßnahmen bei PatientInnen und BewohnerInnen?
- Was ist der dominanteste Grund für die Anwendung von Freiheitsbeschränkungen bei PatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen?

4. Methoden

Die „Landesweite Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten (Landelijke Prevaleniemeting Zorgproblemen, LPZ)“, die seit 1998 in den Niederlanden jährlich stattfindet, um die Prävalenz, die Behandlung und Prävention von Pflegephänomenen zu erfassen, wurde dieses Jahr erstmals in Österreich durchgeführt, als Projekt der Universität Maastricht in den Niederlanden in Kooperation mit dem Institut für Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität in Graz. Weitere Länder, die ebenfalls die Erhebung durchführten, waren Deutschland und die Schweiz.

4.1 Design und Stichprobe

Die LPZ- Studie ist eine multizentrische, deskriptive Querschnittstudie, die durchgeführt wurde, um in Gesundheitseinrichtungen pflegebezogene Daten über die Pflegephänomene Dekubitus, Inkontinenz, Mangelernährung, Intertrigo, Sturz und Freiheitsbeschränkungen bei betreuten Personen/bei zu pflegenden Personen zu erheben. Das eingesetzte Querschnittsdesign ist adäquat für die Beschreibung von Phänomenen oder für die Beschreibung von Beziehungen zwischen Phänomenen zu einem bestimmten Zeitpunkt (Polit & Beck 2004). Per Post wurden alle Gesundheitseinrichtungen in Österreich angeschrieben, von denen sich 21 Einrichtungen bereit erklärten, bei der kostenpflichtigen Prävalenzerhebung teilzunehmen. Am Tag der Erhebung waren insgesamt 3655 betreute Personen/zu pflegende Personen in den Institutionen anwesend. Im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit wurden ausschließlich die Daten der Freiheitsbeschränkungen bei KrankenhauspatientInnen (Universitätskrankenhäuser, Allgemeine Krankenhäuser, Psychiatrische Krankenhäuser) und PflegeheimbewohnerInnen ausgewertet. Die Gesamtstichprobe dieser 18 teilnehmenden Institutionen ergab 3157 Personen am Stichtag der Datenerhebung.

4.2 Ethik

Die Studie wurde von der Ethikkommission der Medizinischen Universität Graz genehmigt und von den PatientInnen/BewohnerInnen wurde nach einer mündlichen Aufklärung eine schriftliche informierte Zustimmung vor der Datenerhebung eingeholt.

4.3 Instrument

Das Instrument zur Erhebung war der Fragebogen zur „Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten“ (siehe dazu Anhang S.79). Ein großer Vorteil eines solchen standardisierten Fragebogens mit geschlossenen Fragen ist, dass in kürzester Zeit eine große Anzahl von Daten erhoben und analysiert werden können (Polit & Beck 2004).

Die deutsche Version des Fragebogens wurde im Rahmen einer Pilotstudie am 11. November 2008 in 11 Einrichtungen auf Verständlichkeit überprüft.

Der Fragebogen umfasste insgesamt 3 Teile:

- Teil 1: Allgemeine Angaben zur Einrichtung (z.B. Art der Einrichtung; Qualitätsindikatoren)

- Teil 2: Angaben zur Station/zum Wohnbereich (Art der Station; Qualitätsindikatoren)
- Teil 3: personenbezogene Merkmale der PatientInnen/BewohnerInnen (z.B. Diagnose, Geschlecht) sowie konkrete Fragen zu den Pflegeproblemen Dekubitus, Mangelernährung, Inkontinenz, Intertrigo, Sturz und Freiheitsbeschränkungen

In Hinblick auf das Thema Freiheitsbeschränkung, mit der sich diese Masterarbeit auseinandersetzt, wurden im 1. und 2. Teil bei den Qualitätsindikatoren die Einrichtung/die Station nach vorhandenen Protokollen/Guidelines sowie zu Fortbildungen/Veranstaltungen befragt. Außerdem wurde erhoben, ob eine Expertin für Freiheitsbeschränkungen im Haus tätig ist und ob wichtige Fragen zum Thema multidisziplinär erörtert werden. Der 3. Teil erfasste die Prävalenz von Freiheitsbeschränkungen, die eingesetzten Freiheitsbeschränkungsmaßnahmen und den Grund für die Anwendung von Freiheitsbeschränkungen. Weiters wurde erhoben, wer die Anwendung der Freiheitsbeschränkung initiierte und ob die Intervention zu Verletzungen führte.

4.4 Datenerhebung

Im Vorfeld der Prävalenzerhebung wurden im Frühjahr 2009 Informationsveranstaltungen für die teilnehmenden Institutionen abgehalten, um über den Ablauf der Erhebung aufzuklären und um Informations- und Schulungsmaterialien weiterzugeben. Jede Institution ernannte eine KoordinatorIn für die Organisation vor Ort. Diese hatte unter anderem die Aufgabe, in ihrer Einrichtung Erhebungsteams zusammenzustellen und diese auf die Fragebogenerhebung durch Schulungen vorzubereiten.

Um Fragen und Unklarheiten von Seiten der Institutionen beantworten zu können, wurde eine Mailbox eingerichtet. Am Tag der Erhebung gab es zusätzlich eine Hotline, bei der sofortige telefonische Hilfestellung geleistet wurde.

Am 7. April 2009 zu einem festgelegten Zeitpunkt wurde die Fragebogenerhebung durch die zuvor auf den Fragebogen eingeschulten Pflegepersonen bei allen PatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen, die zu diesem gegebenen Zeitpunkt anwesend, teilnahmewillig und gesundheitlich dazu in der Lage waren, durchgeführt. Die Erhebung wurde bei jeder PatientIn/BewohnerIn durch immer 2 Pflegepersonen (eine stationsinterne und eine stati-

onsexterne) vorgenommen, um eine größtmögliche objektive Datenerhebung zu gewährleisten. Dabei wurden Fragen zu den Pflegeproblemen gestellt und andererseits körperliche Inspektionen durchgeführt, um etwaige Pflegeprobleme festzustellen. Nach der Erhebung wurden die Fragebögen durch die zuständige KoordinatorIn auf ihre Vollständigkeit geprüft, eingesammelt, und die Daten wurden in eine Software eingetragen.

4.5 Datenanalyse

In der vorliegenden Arbeit wurden ausschließlich Daten der in Österreich teilnehmenden Krankenhäuser und Pflegeheime analysiert.

Die Auswertung der Fragebogendaten erfolgte mittels dem Statistikprogramm Statistical Package for Social Sciences (SPSS, 16.0, englisch). Es wurden einerseits deskriptive Analysen, um die Stichprobe zu beschreiben und andererseits statistische Tests vorgenommen, um insbesondere Unterschiede zwischen freiheits- und nicht freiheitsbeschränkten PatientInnen und BewohnerInnen herauszufinden. Dabei wurden nur Variablen getestet, die aufgrund der Literaturrecherche im engen Zusammenhang mit Freiheitsbeschränkungen stehen. Das Signifikanzniveau oder auch Alpha (α) genannt wurde für statistische Tests auf 0,05 festgelegt, weil dieses Niveau häufig in pflegewissenschaftlichen Studien angewendet wird (Burns & Grove 2005). Alle Ergebnisse $\leq 0,05$ galten als signifikant und Werte $> 0,05$ als nicht signifikant.

Bei den Basisdaten der Stichprobe wurden die kategoriellen Variablen (Teilnahme, Gründe der Nichtteilnahme, Geschlecht, Krankheitsbilder bzw. Pflegebedarf) für PatientInnen und BewohnerInnen mittels zweidimensionaler Kreuztabellen analysiert, und Vergleiche zwischen PatientInnen und BewohnerInnen wurden mittels Chi-Quadrat-Test für 2 unabhängige Stichproben durchgeführt, falls die Voraussetzungen für diesen Test gegeben waren. Für die Basisdaten der metrischen Variablen (Alter, Pflegeabhängigkeit) wurden Mittelwerte für die TeilnehmerInnen berechnet und Vergleiche dieser Mittelwerte zwischen PatientInnen und BewohnerInnen mittels t-test für 2 unabhängige Stichproben durchgeführt. Die Basisdaten der Qualitätsindikatoren in den Einrichtungen/Stationen wurden ebenfalls mit zweidimensionalen Kreuztabellen analysiert. Vergleiche zwischen Patientinnen und BewohnerInnen wurden nicht durchgeführt, da die Voraussetzungen für den Chi-Quadrat-Test nicht erfüllt wurden.

Für die Forschungsfrage 1 wurden die kategoriellen Variablen (Prävalenz von Freiheitsbeschränkungen, Stationstypen, Initiative für die Anordnung von Freiheitsbeschränkungen und Verletzungen) für PatientInnen und BewohnerInnen mittels zweidimensionaler Kreuztabellen analysiert und Unterschiede zwischen den TeilnehmerInnengruppen mittels Chi-Quadrat-Test für 2 unabhängige Stichproben aufgezeigt. Die kategoriellen TeilnehmerInnencharakteristiken (Geschlecht, Diagnose, Hilfe bei den ATL und Qualitätsindikatoren) wurden für freiheits- und nichtfreiheitsbeschränkte Patientinnen und BewohnerInnen mittels mehrdimensionaler Kreuztabellen ausgewertet und Unterschiede zwischen den Gruppen mittels Chi-Quadrat-Test für mehr als 2 unabhängige Gruppen erforscht. Für die metrischen Variablen (Alter, Pflegeabhängigkeit) wurden Mittelwerte für die TeilnehmerInnen berechnet, und eine einfaktorielle Varianzanalyse wurde eingesetzt, um zu testen ob es einen signifikanten Unterschied der Mittelwerte zwischen den 4 Gruppen gab (freiheits- und nichtfreiheitsbeschränkte PatientInnen und BewohnerInnen). Die Varianzanalyse wurde auch bei nicht normalverteilten und nicht varianzhomogenen Daten eingesetzt, weil diese besonders bei größeren Stichproben ($n > 30$) robust gegenüber Verletzungen dieser Voraussetzungen ist (Rasch et al. 2008 a, b). Im Anschluss an die Varianzanalyse wurden Post-Hoc-Analysen mit dem Turkey-HSD (Honestly Significant Difference) -Test durchgeführt, um herauszufinden, welche Gruppen sich signifikant voneinander unterscheiden.

Für die Beantwortung der Forschungsfrage 2 wurden für jeden kategoriellen Typ der Freiheitsbeschränkung bei PatientInnen und BewohnerInnen zweidimensionale Kreuztabellen angewendet. Statistische Tests wurden keine durchgeführt, weil dies eine Überinterpretation der Daten bedeutet hätte.

Forschungsfrage 3 bezog sich auf die Gründe der Anwendung für Freiheitsbeschränkungen. Diese kategorielle Variable wurde für PatientInnen und BewohnerInnen ebenfalls mittels zweidimensionaler Kreuztabelle analysiert. Es wurde kein statistischer Test angewendet, weil die Voraussetzungen für den Chi-Quadrat-Test nicht erfüllt waren.

5. Ergebnisse

5.1 Stichprobe

Am Tag der Fragebogenerhebung waren insgesamt 3157 PatientInnen in Krankenhäusern und BewohnerInnen in Pflegeheimen (2363 PatientInnen und 794 BewohnerInnen) stationär. Davon haben 2426 (76,8%) Personen an der Fragebogenerhebung teilgenommen. Wie in Abbildung 4 ersichtlich, waren dies 1735 (73,4%) PatientInnen und 691 (87%) BewohnerInnen.

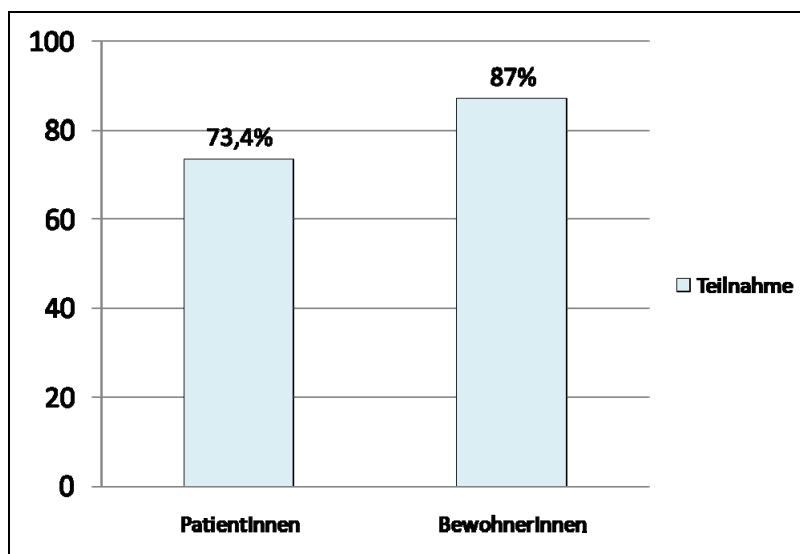


Abbildung 4: Teilnahme der PatientInnen und BewohnerInnen an der Erhebung

Die Gründe für den Ausfall der TeilnehmerInnen sind in der Abbildung 5 ersichtlich. Die häufigsten Gründe für die Nichtteilnahme der PatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen waren die Verweigerung der Teilnahme, gefolgt von der fehlenden Anwesenheit der Personen während der Fragebogenerhebung. Zwischen den 2 TeilnehmerInnengruppen gab es signifikante Unterschiede. Mit 53,2% verweigerten PatientInnen weniger oft die Teilnahme an der Erhebung als BewohnerInnen mit 74,8%. Dafür waren PatientInnen mit 27,2% im geringeren Maße während der Fragebogenerhebung anwesend als BewohnerInnen mit 17,5%. ($p < 0,001$).

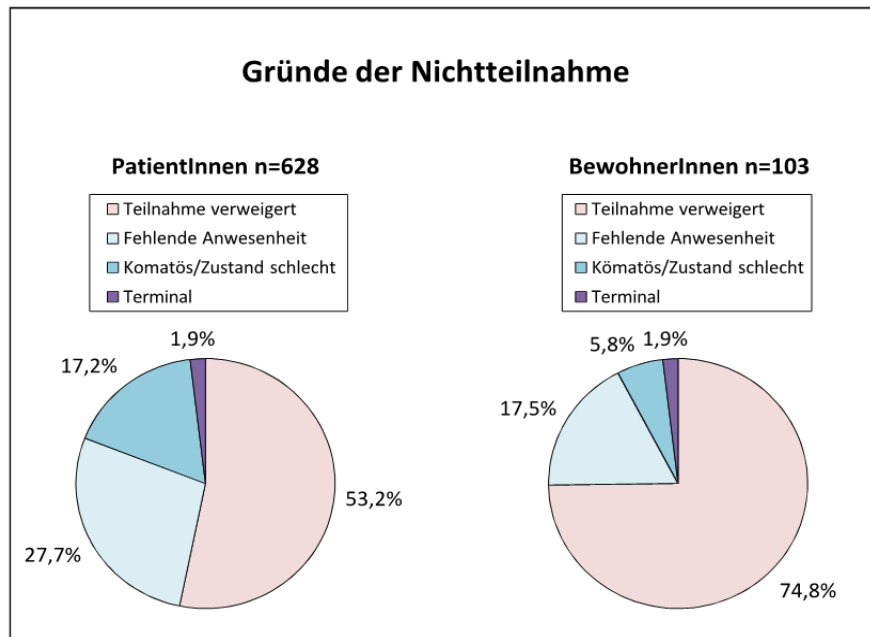


Abbildung 5: Gründe für die Nichtteilnahme der PatientInnen und BewohnerInnen

Abbildung 6 zeigt das Durchschnittsalter der TeilnehmerInnen. Die PatientInnen waren im Durchschnitt um circa 14 Jahre jünger als die BewohnerInnen ($p < 0,001$).

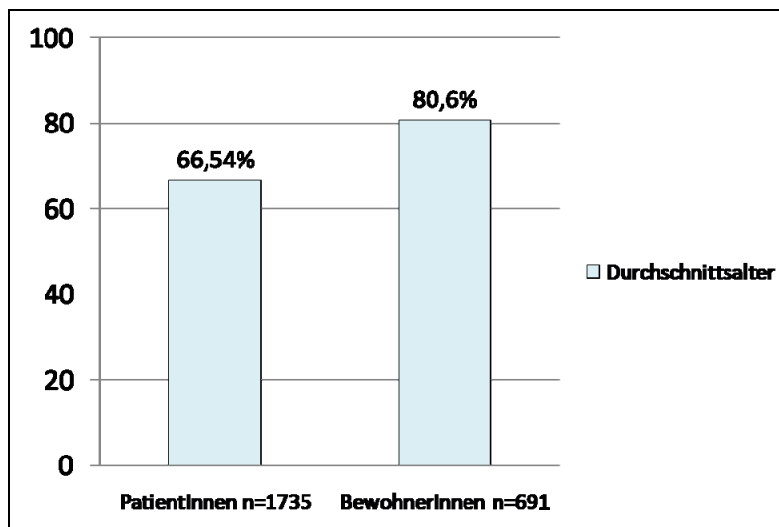


Abbildung 6: Durchschnittsalter der TeilnehmerInnen

Der Frauenanteil war in beiden Settings höher als der Anteil der Männer (siehe Abbildung 7). Ein Vergleich zwischen beiden Settings zeigte, dass es unter den BewohnerInnen mehr Frauen gab als unter den PatientInnen. Die angeführten Unterschiede waren statistisch signifikant ($p < 0,001$).

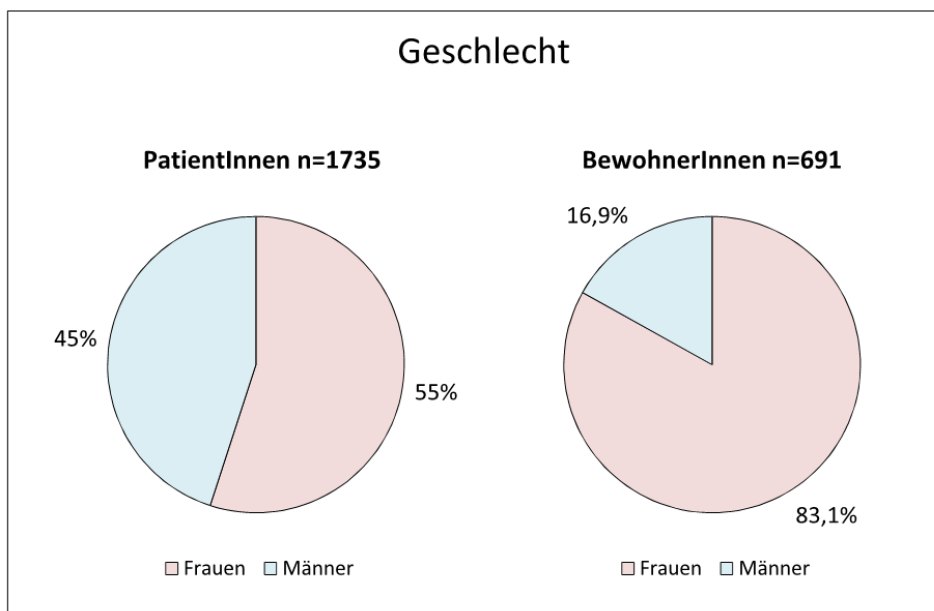


Abbildung 7: Geschlecht der TeilnehmerInnen

Abbildung 8 zeigt die 4 häufigsten Krankheitsbilder bzw. den häufigsten Pflegebedarf der TeilnehmerInnen. Es ist aus der Grafik sehr gut zu erkennen, dass Herz-/Gefäßerkrankungen, Angewiesen sein auf Hilfe bei den ATL und im Haushalt in beiden Settings als Problembereiche der TeilnehmerInnen auftraten.

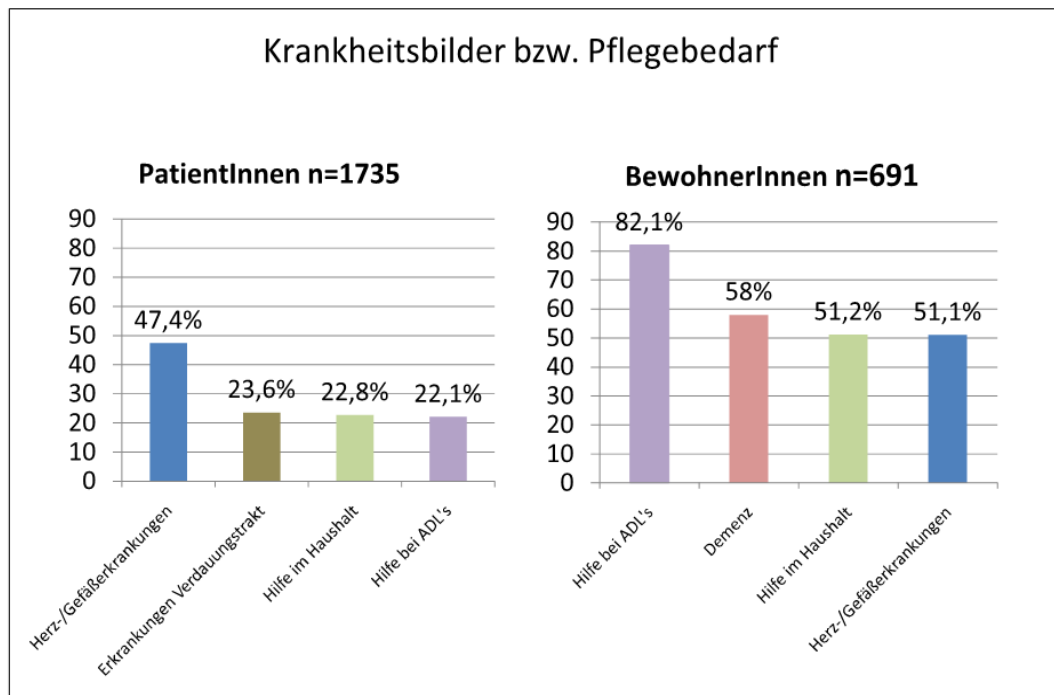


Abbildung 8: Krankheitsbilder bzw. Pflegebedarf der TeilnehmerInnen (Mehrfachantworten waren möglich)

In der folgenden Abbildung 9 wird die durchschnittliche Pflegeabhängigkeit in allen Items der Pflegeabhängigkeitsskala von KrankenhauspatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen dargestellt. KrankenhauspatientInnen waren in jedem Item signifikant weniger pflegeabhängig als PflegeheimbewohnerInnen ($p < 0,001$ für jedes Item).

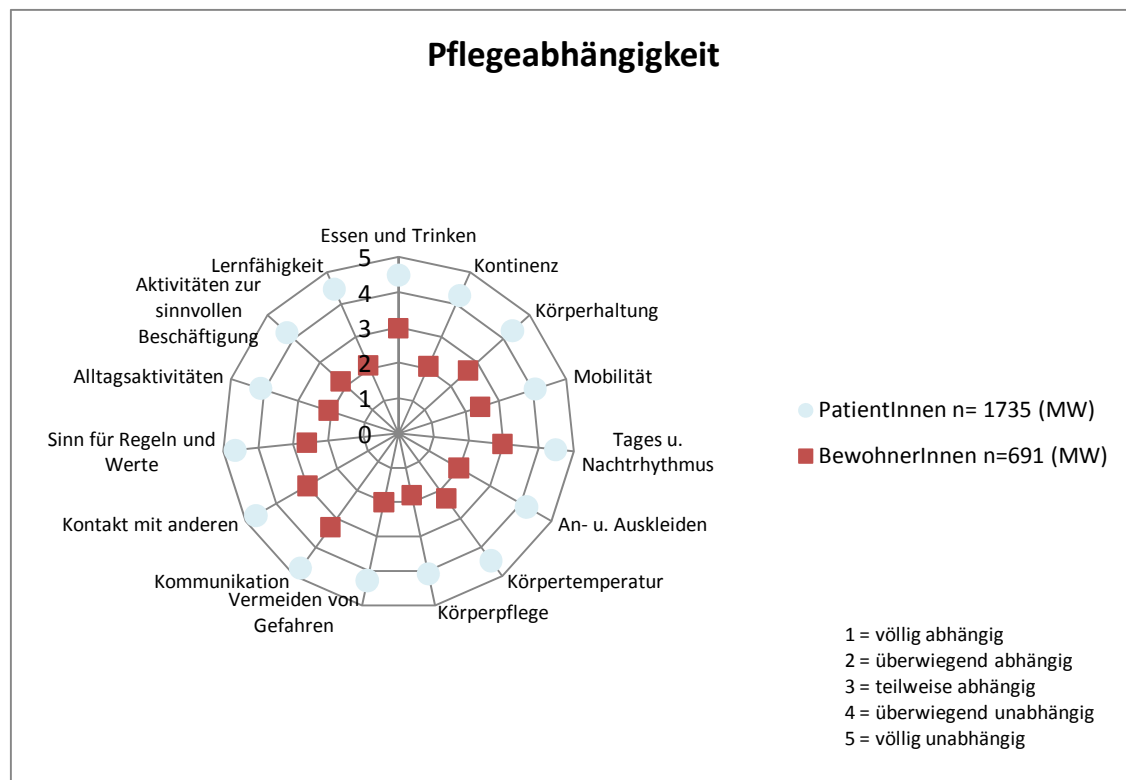


Abbildung 9: Durchschnittswerte der Pflegeabhängigkeit von TeilnehmerInnen

5.2 Qualitätsindikatoren der teilnehmenden Einrichtungen

In der folgenden Tabelle 3 sind die vorhandenen Qualitätsindikatoren der Einrichtungen bezüglich Freiheitsbeschränkungen dargestellt. Es ist aus der Darstellung gut zu erkennen, dass in den Pflegeheimen Qualitätsindikatoren stärker vertreten waren als in Pflegeheimen. In beiden Settings waren Bildungsmaßnahmen zum Thema Freiheitsbeschränkung sowie der Einsatz einer SpezialistIn für Freiheitsbeschränkungen am geringsten gegeben.

Tabelle 3: Vorhandene Qualitätsindikatoren in den Einrichtungen

	PatientInnen n=2363	BewohnerInnen n=794
Qualitätsindikatoren	n (%)	n (%)
SpezialistIn für Freiheitsbeschränkungen	556 (23,5)	528 (66,5)
Kontrolle ob nach Protokoll/Guidline gearbeitet wird	1628 (68,9)	794 (100)
Freiheitsbeschränkungsmaßnahmen werden multidisziplinär erörtert	2128 (90,1)	794 (100)
Freiheitsbeschränkungsmaßnahmen werden auf Stationsebene erfasst	2176 (92,1)	794 (100)
Es gibt ein anerkanntes Protokoll/Guidline für Freiheitsbeschränkungen	1910 (80,8)	794 (100)
In den letzten 2 Jahren gab es eine Bildungsmaßnahme zum Thema Freiheitsbeschränkung	1608 (68,0)	626 (78,8)

5.3 Prävalenz von Freiheitsbeschränkungen

Aus Tabelle 4 ist ersichtlich, dass Freiheitsbeschränkungen bei PflegeheimbewohnerInnen häufiger vorkamen als bei KrankenhauspatientInnen. Dieser Unterschied war statistisch signifikant ($p < 0,001$).

Tabelle 4: Prävalenz von Freiheitsbeschränkungen

TeilnehmerInnen	Prävalenz von Freiheitsbeschränkungen		Gesamt n
	n	%	
PatientInnen	125	7,2	1735
BewohnerInnen	239	34,6	691
Gesamt	364	15	2426

5.3.1 Stationstypen mit den häufigsten Freiheitsbeschränkungen

Gerade in Krankenhäusern, wo es viele unterschiedliche Stationen gibt, war es besonders interessant herauszufinden, wo PatientInnen am häufigsten freiheitsbeschränkt wurden. Abbildung 10 zeigt sehr deutlich, dass es auf Intensivstationen die meisten freiheitsbeschränkten PatientInnen gab.

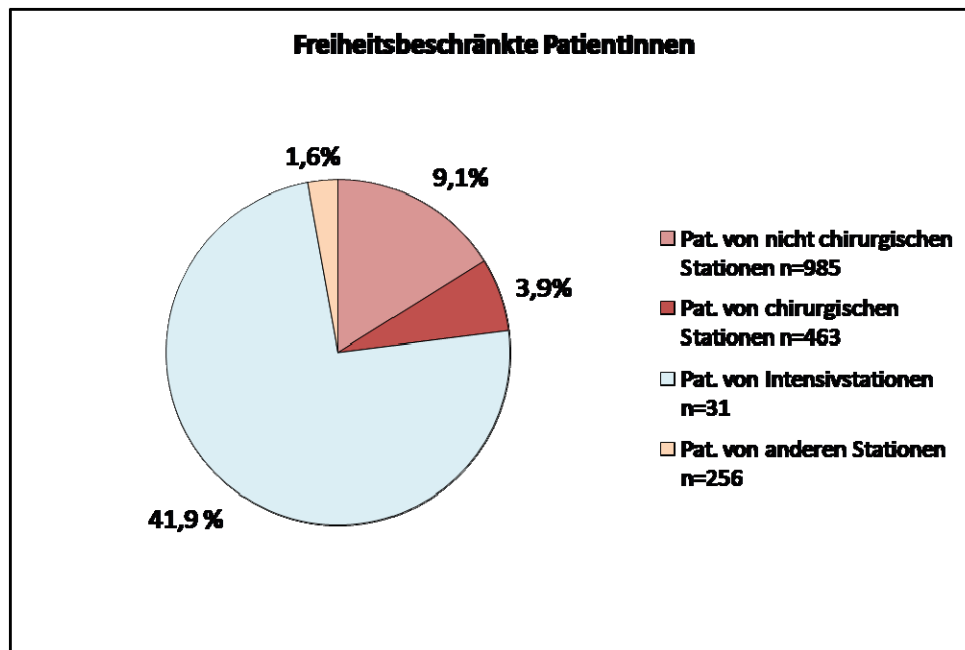


Abbildung 10: Freiheitsbeschränkte PatientInnen nach Stationstyp

5.3.2 Initiative für die Anordnung von Freiheitsbeschränkungen

Die Initiative für die Anordnung von Freiheitsbeschränkungen ging sowohl bei PatientInnen als auch bei BewohnerInnen hauptsächlich von den Pflegepersonen bzw. ÄrztInnen aus (siehe Abbildung 11).

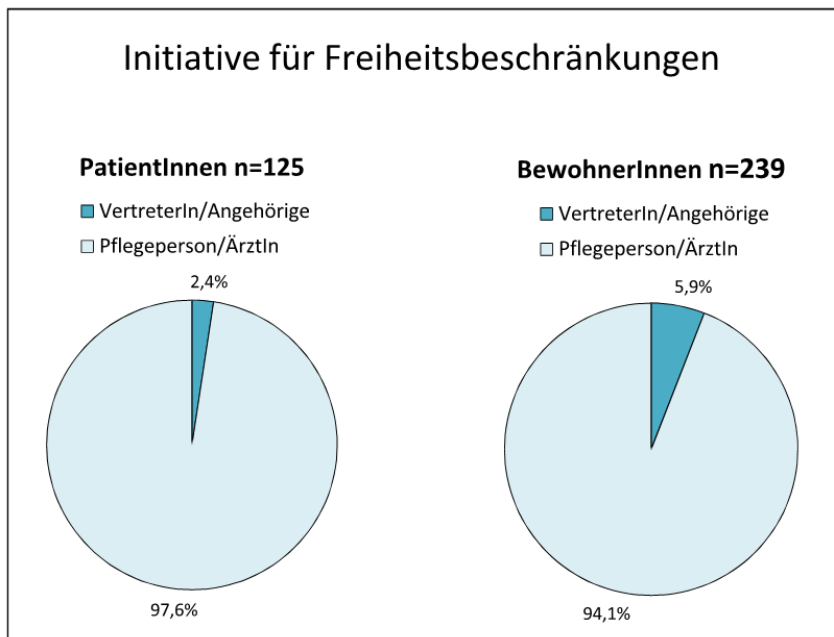


Abbildung 11: Initiative für Freiheitsbeschränkungen

5.3.3 Verletzungen durch Freiheitsbeschränkungen

Durch die Freiheitsbeschränkungen gab es bei den 239 BewohnerInnen nur eine minimale Verletzung (blaue Flecken, leichte Schürfwunden). Bei den freiheitsbeschränkten 125 PatientInnen gab es keine Verletzung.

5.3.4 Charakteristiken der Freiheits- und nicht Freiheitsbeschränkten

In einer weiteren Analyse wurden die Charakteristiken Alter, Geschlecht, Diagnose, ATL-Abhängigkeit und Pflegeabhängigkeit von freiheits- und nicht freiheitsbeschränkten KrankenhauspatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen untersucht.

Alter

Abbildung 12 zeigt das Durchschnittsalter der freiheits- und nichtfreiheitsbeschränkten PatientInnen und BewohnerInnen.

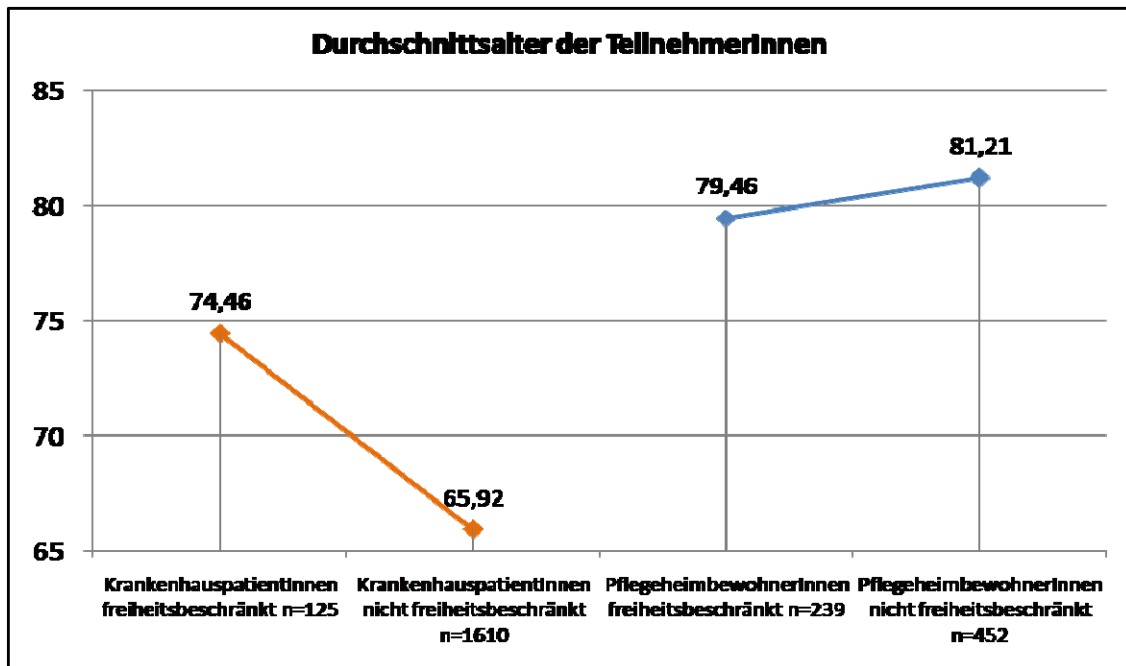


Abbildung 12: Durchschnittsalter der TeilnehmerInnen (FB und NFB)

Mittels Varianzanalyse wurde festgestellt, dass sich die 4 TeilnehmerInnengruppen in Bezug auf das Durchschnittsalter signifikant ($p < 0,001$) unterscheiden. Welche Gruppen dies genau waren, konnte mit einem weiterführenden Turkey-HSD (Honestly Significant Difference)-Test ermittelt werden (siehe Tabelle 5). Dieser zeigte signifikante Unterschiede zwischen allen TeilnehmerInnenruppen mit Ausnahme der freiheitsbeschränkten BewohnerInnen in Vergleich zu den nicht freiheitsbeschränkten BewohnerInnen.

Innerhalb des Krankenhauses waren freiheitsbeschränkte PatientInnen signifikant älter (circa 9 Jahre) als nicht freiheitsbeschränkte PatientInnen ($p < 0,001$). Bei den BewohnerInnen aus Pflegeheimen gab es zwischen freiheits- und nicht freiheitsbeschränkten keinen signifikanten Unterschied beim Alter. Vergleiche zwischen freiheitsbeschränkten KrankenhauspatientInnen und freiheitsbeschränkten PflegeheimbewohnerInnen ergaben, dass PatientInnen signifikant jünger (circa 5 Jahre) waren als BewohnerInnen ($p = 0,025$).

Tabelle 5: Turkey-HSD-Test

TeilnehmerInnen			p
Alter	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	Pat. freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. freiheitsbeschränkt	< 0,001
	Pat. freiheitsbeschränkt	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. freiheitsbeschränkt	0,025
	Bew. nicht freiheitsbeschränkt	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Pat. freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. freiheitsbeschränkt	0,530
	Bew. freiheitsbeschränkt	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Pat. freiheitsbeschränkt	0,025
		Bew. nicht freiheitsbeschränkt	0,530

Geschlecht

In Tabelle 6 ist das Charakteristikum Geschlecht bei freiheits- und nicht freiheitsbeschränkten PatientInnen aus Krankenhäusern und BewohnerInnen aus Pflegeheimen dargestellt. Ein durchgeführter Chi-Quadrat-Test ermittelte, dass es einen signifikanten Unterschied zwischen den 4 Gruppen gab ($p < 0,001$). In Krankenhäusern waren mehr Frauen freiheitsbeschränkt als nicht freiheitsbeschränkt und Männer waren häufiger nicht freiheitsbeschränkt als freiheitsbeschränkt. In Pflegeheimen war dies genau umgekehrt. Hier waren mehr Frauen nicht freiheitsbeschränkt als freiheitsbeschränkt und Männer waren häufiger freiheitsbeschränkt als nicht freiheitsbeschränkt. Dieses Ergebnis zeigt, dass in Krankenhäusern mehr Frauen freiheitsbeschränkt wurden und in Pflegeheimen mehr Männer.

Tabelle 6: Geschlecht der TeilnehmerInnen (FB u. NFB)

	Krankenhäuser		Pflegeheime	
Charakteristikum	FB n=125	NFB n=1610	FB n=239	NFB n=452
Geschlecht	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Frauen	73 (58,4)	881 (54,7)	192 (80,3)	382 (84,5)
Männer	52 (41,6)	729 (45,3)	47 (19,7)	70 (15,5)

Diagnosen

Tabelle 7 beinhaltet die Diagnosen der freiheits- und nichtfreiheitsbeschränkten TeilnehmerInnen. Mittels Chi-Quadrat-Test wurde ein signifikanter Unterschied zwischen den 4 Gruppen bestätigen ($p < 0,001$). Innerhalb der Krankenhäuser waren mehr freiheitsbeschränkte PatientInnen von Demenz betroffen als nicht freiheitsbeschränkte. Bei den psychischen Störungen war es genau umgekehrt. Innerhalb der Pflegeheime gab es ebenfalls mehr demente Personen in der Gruppe der Freiheitsbeschränkten im Gegensatz zu den nicht Freiheitsbeschränkten. Bei den psychischen Störungen gab es in diesen Gruppen aber nur einen geringen Unterschied. Weitere Vergleiche zwischen Freiheitsbeschränkten aus Krankenhäusern und Pflegeheimen zeigten, dass in Pflegeheimen wesentlich mehr Freiheitsbeschränkte von Demenz und psychischen Störungen betroffen waren als in Krankenhäusern.

Tabelle 7: Diagnosen der TeilnehmerInnen (FB u. NFB)

	Krankenhäuser		Pflegeheime	
Charakteristiken	FB n=125	NFB n=1610	FB n=239	NFB n=452
Diagnosen	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Demenz	28 (22,4)	62 (3,9)	150 (62,8)	251 (55,5)
Psychische Störung	8 (6,4)	188 (11,7)	56 (23,4)	101 (22,3)

Abhängigkeit bei den Lebensaktivitäten

Die Abhängigkeit der PatientInnen und BewohnerInnen bei den Lebensaktivitäten (ATL) verdeutlicht Tabelle 8. Die ATL-Abhängigkeit war bei den freiheitsbeschränkten PatientInnen und BewohnerInnen deutlich niedriger als bei den nicht freiheitsbeschränkten. Vergleiche zwischen freiheitsbeschränkten PatientInnen und BewohnerInnen zeigten, dass BewohnerInnen wesentlich ATL-abhängiger waren als PatientInnen. (Chi-Quadrat-Test, $p < 0,001$).

Tabelle 8: ATL-Abhängigkeit der TeilnehmerInnen (FB u. NFB)

	Krankenhäuser		Pflegeheime	
Charakteristikum	FB n=125	NFB n=1610	FB n=239	NFB n=452
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
ATL- Abhängigkeit	68 (54,4)	315 (19,6)	208 (87,0)	359 (79,4)

Pflegeabhängigkeit

Die folgende Abbildung 13 verdeutlicht die durchschnittliche Pflegeabhängigkeit in allen Items der Pflegeabhängigkeitsskala von PatientInnen aus Krankenhäusern mit und ohne Freiheitsbeschränkungen. Es ist sehr gut zu erkennen, dass Freiheitsbeschränkte in allen Items wesentlich pflegeabhängiger waren als nicht Freiheitsbeschränkte. Diese Unterschiede waren statistisch signifikant (siehe Turkey-HSD-Test Anhang S.73).

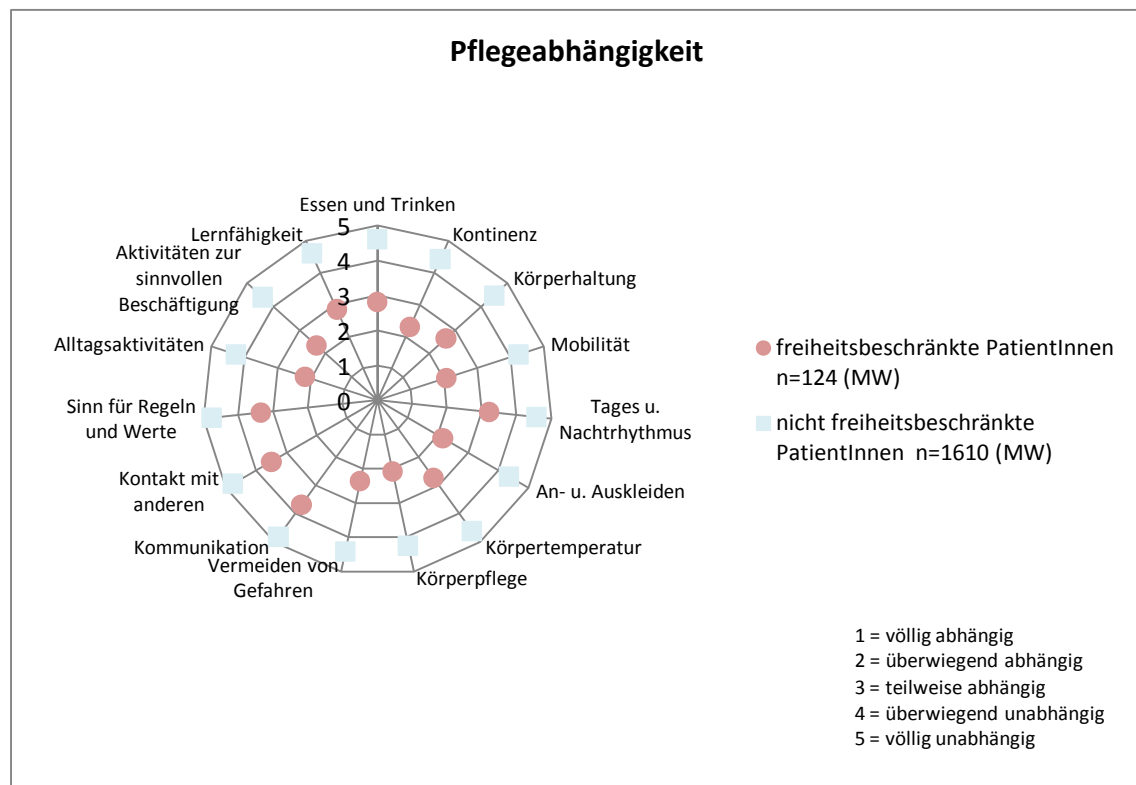


Abbildung 13: Pflegeabhängigkeit bei PatientInnen (FB u. NFB)

Auch bei den BewohnerInnen aus Pflegeheimen waren Freiheitsbeschränkte wesentlich pflegeabhängiger als nicht Freiheitsbeschränkte (siehe Abbildung 14). Auch hier waren die Unterschiede statistisch signifikant (siehe Turkey-HSD-Test Anhang S.73).

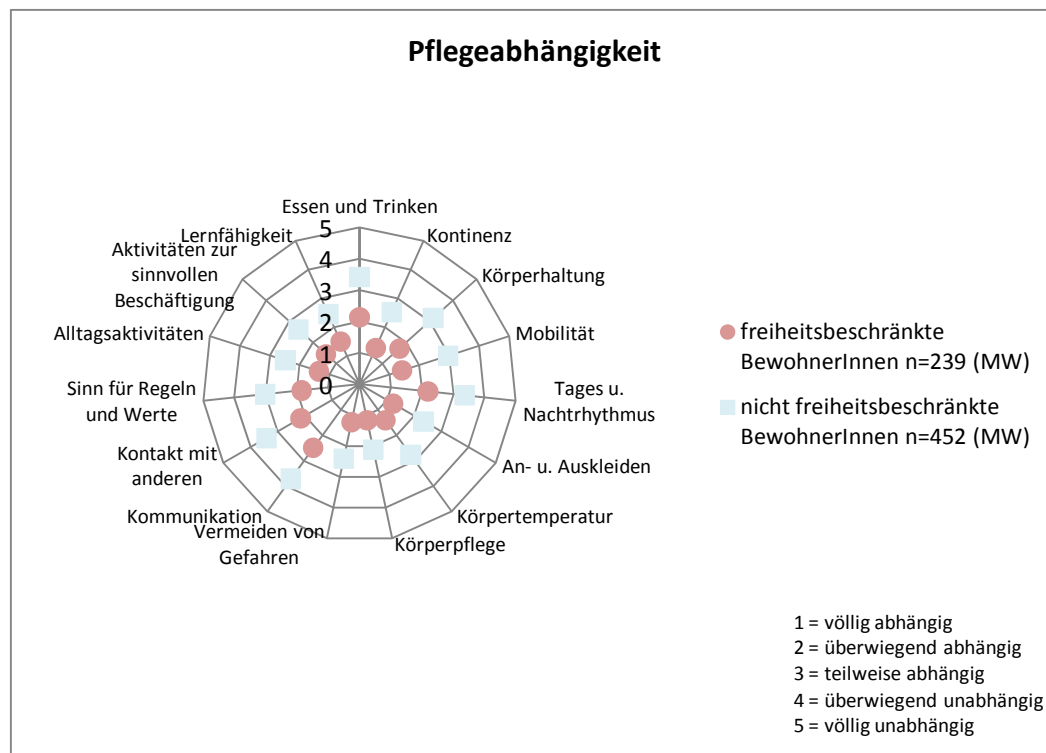


Abbildung 14: Pflegeabhängigkeit bei BewohnerInnen (FB u. NFB)

Vergleicht man nun freiheitsbeschränkte PatientInnen mit BewohnerInnen wird deutlich, dass freiheitsbeschränkte BewohnerInnen insgesamt pflegeabhängiger waren als PatientInnen (siehe Abbildung 15). Die Unterschiede waren ebenfalls statistisch signifikant (siehe Turkey-HSD-Test Anhang S. 73).

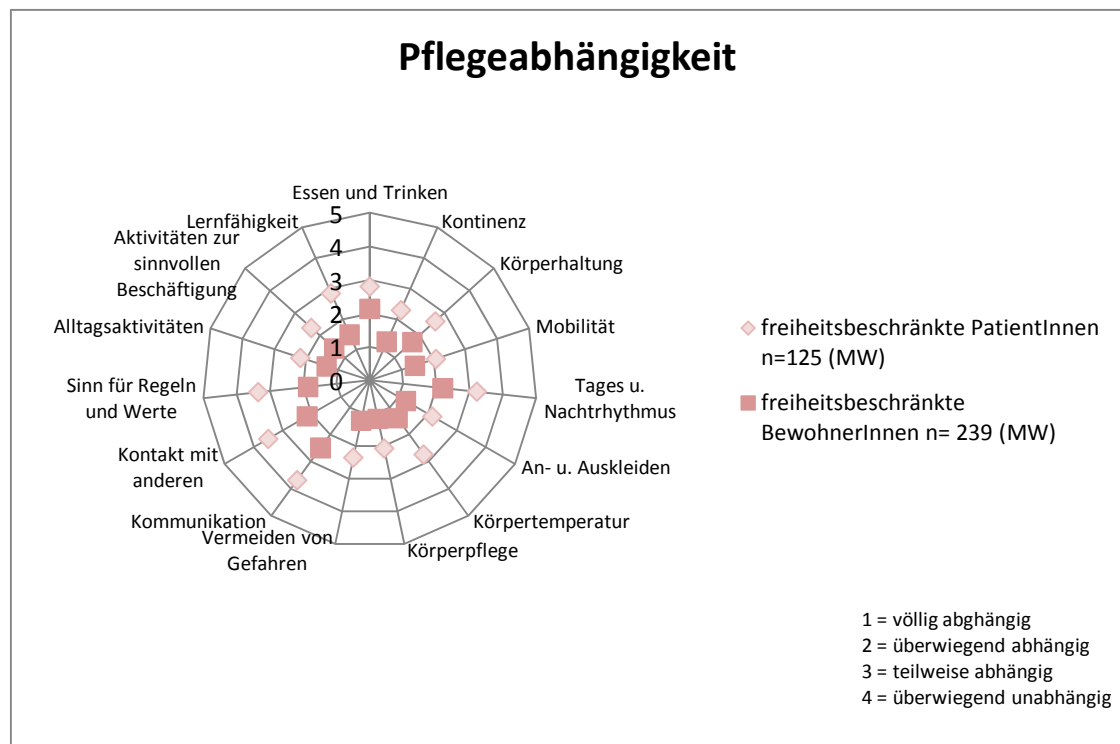


Abbildung 15: Pflegeabhängigkeit der freiheitsbeschränkten TeilnehmerInnen

5.3.5 Qualitätsindikatoren im Zusammenhang mit Freiheitsbeschränkungen

Bei den Qualitätsindikatoren (siehe Tabelle 9) zeigte sich in den Krankenhäusern, dass es weniger Freiheitsbeschränkungen gab, wenn eine SpezialistIn für Freiheitsbeschränkungen anwesend war. In Pflegeheimen war dies genau umgekehrt. Hier gab es mehr Freiheitsbeschränkungen durch die Anwesenheit einer SpezialistIn. Die Unterschiede zwischen den Gruppen waren statistisch signifikant (Chi-Quadrat-Test, $p < 0,001$). Bildungsmaßnahmen des Personals in den letzten 2 Jahren hatten keinen Einfluss auf Freiheitsbeschränkungen bei den TeilnehmerInnen. Es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt werden.

Tabelle 9: Qualitätsindikatoren im Zusammenhang mit Freiheitsbeschränkungen

	Krankenhäuser		Pflegeheime	
Qualitätsindikatoren	FB n=125	NFB n=1610	FB n=239	NFB n=452
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
SpezialistIn für Freiheitsbeschränkungen vorhanden	9 (7,2)	426 (26,5)	160 (66,9)	272 (60,2)
Bildungsmaßnahmen in den letzten 2 Jahren	90 (72,0)	1218 (75,7)	181 (75,7)	350 (77,4)

5.4 Typen von Freiheitsbeschränkungen

Aus Abbildung 16 ist ersichtlich, dass Bettgitter die dominanteste Freiheitsbeschränkungsmaßnahme bei PatientInnen aus Krankenhäusern (98,4%) und BewohnerInnen aus Pflegeheimen (92,5%) war. Häufiger wurden sie aber bei KrankenhauspatientInnen angewendet (Chi-Quadrat-Test, $p = 0,016$). Alle anderen Maßnahmen wurden in den 2 Settings nur gering angewendet. Bei KrankenhauspatientInnen standen an zweiter Stelle die individuellen Verabredungen (Freiheitsbeschränkung auf Wunsch der PatientIn), die aber nur 8% ausmachten und bei den PflegeheimbewohnerInnen standen Stuhlgurten (21,3%) an zweiter Stelle der Freiheitsbeschränkungen, gefolgt vom (Roll)stuhl mit Tisch (16,7%).

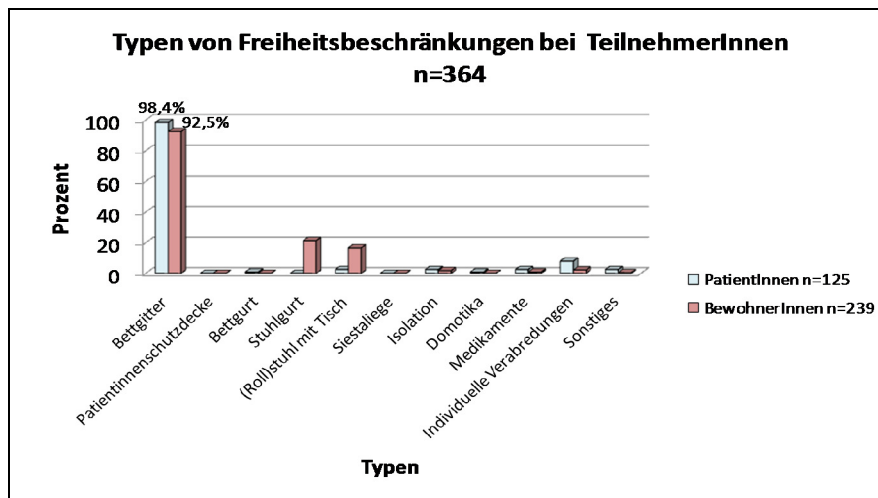


Abbildung 16: Typen von Freiheitsbeschränkungen bei TeilnehmerInnen (Mehrfachantworten waren möglich)

5.5 Gründe für Freiheitsbeschränkungen

Der häufigste Grund für Freiheitsbeschränkungen von PatientInnen aus Krankenhäusern (79,2%) und BewohnerInnen aus Pflegeheimen (84,9%) war eindeutig die Sturzprävention. Alle anderen Gründe wurden nur in geringem Maße angegeben (siehe Abbildung 17).

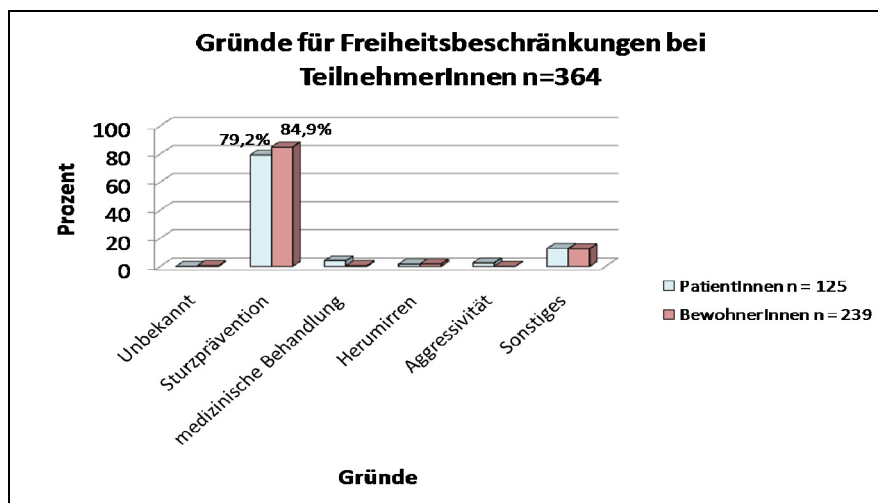


Abbildung 17: Gründe für Freiheitsbeschränkungen bei TeilnehmerInnen

6. Diskussion

6.1 Diskussion der Ergebnisse

„Die Landesweite Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten (LPZ)“ war die erste multi-zentrische, deskriptive Querschnittstudie, welche pflegebezogene Daten zu Freiheitsbeschränkungen in Österreich erhoben hat. Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die aktuelle Situation der Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen in österreichischen Krankenhäusern (Universitätskrankenhäuser, Allgemeine Krankenhäuser, Psychiatrische Krankenhäuser) und Pflegeheimen aufzuzeigen. Die Forschungsfragen für die 2 Settings bezogen sich auf die Prävalenz von Freiheitsbeschränkungen, auf die am häufigsten eingesetzten freiheitsbeschränkenden Maßnahmen sowie den dominantesten Grund für die Anwendung von Freiheitsbeschränkungen.

Die Prävalenzrate der Freiheitsbeschränkungen bei KrankenhauspatientInnen (n=1735) lag in dieser Studie bei 7,2% und war somit signifikant niedriger als bei den PflegeheimbewohnerInnen (n=691) mit einer Prävalenzrate von 34,6% ($p < 0,001$). Dieses Ergebnis kann mit keiner der eingeschlossenen Studien verglichen werden, da die Prävalenzen entweder in Krankenhäusern oder Pflegeheimen betrachtet wurden. In der internationalen Literatur reicht die Prävalenz in Krankenhäusern von 8% (Hamers & Huizing 2005) - 79% (Kwok et al. 2006) und in Pflegeheimen von 15% - 66% (Hamers & Huizing 2005). Allgemein kann gesagt werden, dass Österreich mit der Prävalenz im Krankenhaussetting im unteren-, und im Pflegeheimsetting im mittleren Bereich liegt, obwohl diese Aussage sehr kritisch zu betrachten ist, weil durch die variationsreichen Erhebungsmethoden in den Studien kein direkter Vergleich möglich ist.

Auf den Intensivstationen gab es die höchste Prävalenzrate (41,9%) in der vorliegenden Studie. Dazu muss aber gesagt werden, dass nicht alle Stationen der teilnehmenden Institutionen teilgenommen haben, was durchaus zu einer Verzerrung der Ergebnisse geführt haben könnte. Auch Minnick et al. (2007) kam zu dem Ergebnis, dass auf Intensivstationen höhere Raten von Freiheitsbeschränkungen vorhanden waren als auf anderen Stationen, wobei bemerkt werden muss, dass psychiatrische Stationen von dieser Analyse exkludiert wurden. Auf Intensivstationen entwickeln immer wieder PatientInnen nach Operationen ein postoperatives Delir (siehe Glossar ab S. 8) oder postoperative kognitive Beeinträchti-

gungen (siehe Glossar ab S. 8), die durch patientInnenbezogene (z.B. höheres Lebensalter)-, operative (z.B. Herzchirurgische Eingriffe)- und medikamentöse Risikofaktoren ausgelöst werden können (Böhner et al. 2001; Engelhard & Werner 2008). Gerade die Symptome dieser postoperativen Komplikationen wie z.B. Halluzinationen, Gedächtnis-, Bewusstseins- und Orientierungsstörungen könnten damit zusammenhängen, dass vermehrt freiheitsbeschränkende Maßnahmen auf Intensivstationen eingesetzt werden, um PatientInnen vor Selbstgefährdungen wie z.B. Verletzungen durch Sturz zu schützen.

Bei Vergleichen zwischen freiheits- und nicht freiheitsbeschränkten Personen konnte herausgefunden werden, dass es keinen signifikanten Unterschied beim Durchschnittsalter zwischen den freiheits- und nicht freiheitsbeschränkten PflegeheimbewohnerInnen gab. In Krankenhäusern hingegen waren freiheitsbeschränkte PatientInnen signifikant älter (um ca. 9 Jahre älter) als nicht freiheitsbeschränkte PatientInnen ($p < 0,001$). Die Resultate von Migon et al. (2008) zeigten ein anderes Bild: Freiheitsbeschränkte in Krankenhäusern waren um ca. 4 Jahre jünger. In dieser Studie wurden aber nur Daten aus psychiatrischen Krankenhäusern analysiert, was die Vergleichbarkeit einschränkt. Häufigere Freiheitsbeschränkungen bei älteren PatientInnen könnten damit zusammenhängen, dass gerade mit zunehmendem Alter kognitive Defizite und/oder Mobilitätsdefizite physiologisch zunehmen, die als Risikofaktoren für Freiheitsbeschränkungen gelten (Bredthauer et al. 2005; Hamers, Gulpers & Strik 2004; Martin et al. 2007; Migon et al. 2008).

In Krankenhäusern gab es mehr Frauen, die freiheits- als solche, die nicht freiheitsbeschränkt wurden und in Pflegeheimen war es genau umgekehrt. Dort wurden mehr Männer freiheitsbeschränkt als nicht freiheitsbeschränkt. Im Pflegeheimsetting kamen Huizing et al. (2007) zum selben Ergebnis. In einem weiteren Verfahren kamen die Autoren sogar zu dem Resultat, dass Frauen in Pflegeheimen eine geringere Chance für Freiheitsbeschränkungen haben als Männer. Im Krankenhaussetting fand Migon et al. (2008) im Gegensatz zur vorliegenden Studie keine Unterschiede der Prävalenzraten zwischen den Geschlechtern heraus, und auch in einer weiteren Analyse war das Geschlecht kein Risikofaktor für eine Freiheitsbeschränkung. Dieses Ergebnis kann aber nicht mit der vorliegenden Stichprobe verglichen werden, da nur Daten von psychiatrischen PatientInnen analysiert wurden.

Bei den Diagnosen zeigte sich, dass in Krankenhäusern und Pflegeheimen die Demenzkranken signifikant häufiger von Freiheitsbeschränkungen betroffen waren als nicht freiheitsbeschränkte Demenzkranke. Dies deckt sich mit den Resultaten von internationalen Studien, die kognitive Störungen als erhöhtes Risiko für Freiheitsbeschränkungen bei PatientInnen/BewohnerInnen herausfanden (Bredthauer et al. 2005; Huizing et al. 2006, 2007; Hamers & Huizing 2005; Kirkevold, Sandvik & Engedal 2004; Martin et al. 2007; Meyer et al. 2009; Migon et al. 2008; Odawara et al. 2005). Psychische Störungen zeigten im Gegensatz zu Demenzerkrankungen ein ganz anderes Bild. Hier waren Freiheitsbeschränkte in Krankenhäusern im geringeren Ausmaß von psychischen Störungen betroffen als nicht Freiheitsbeschränkte. In Pflegeheimen hingegen gab es keinen wesentlichen Unterschied zwischen Freiheits- und nicht Freiheitsbeschränkten. Internationale Studien hingegen zeigten, dass psychische Störungen eine der häufigsten Diagnosen von freiheitsbeschränkten PatientInnen waren (Martin et al. 2007; Odawara 2005; Jarrett, Bowers & Simpson 2008), wobei es sich hier ausschließlich um Studien im Bereich der Psychiatrie handelte, wo keine Vergleiche zwischen Freiheits- und nicht Freiheitsbeschränkten durchgeführt wurden. Für das Pflegeheimsetting gab es keine inkludierte Studie, die sich mit diesem Thema befasste.

Analysen in Hinblick auf die Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) zeigten, dass Freiheitsbeschränkte in beiden Settings abhängiger bei den ATL waren als nicht Freiheitsbeschränkte. Die norwegische Querschnittstudie von Kirkevold, Sandvik & Engedal (2004) kam zum selben Ergebnis für den Pflegeheimbereich. In einer weiterführenden Analyse konnten die Autoren die Hilfsbedürftigkeit bei den ATL sogar als Prädiktor für Freiheitsbeschränkungen bei PflegeheimbewohnerInnen ausmachen. Zu einem etwas anderen Resultat kamen Huizing et al. (2007) in ihrer niederländischen Querschnittstudie. Freiheitsbeschränkte waren zwar signifikant abhängiger bei den Lebensaktivitäten als nicht Freiheitsbeschränkte, aber in der darauffolgenden Analyse konnte festgestellt werden, dass die Abhängigkeit bei den ATL kein Risikofaktor für Freiheitsbeschränkungen ist. Für das Krankenhaussetting gibt es keine Informationen von inkludierten Studien.

Die Pflegeabhängigkeit war ebenfalls bei freiheitsbeschränkten PatientInnen und BewohnerInnen signifikant höher als bei nichtfreiheitsbeschränkten PatientInnen und BewohnerInnen. Dieses Resultat zeigt auch die Studie von Hamers, Gulpers & Strik (2004) für das Pflegeheimsetting.

Bei den Qualitätsindikatoren konnte herausgefunden werden, dass es in den Krankenhäusern weniger Freiheitsbeschränkungen gab, wenn eine SpezialistIn für Freiheitsbeschränkungen anwesend war. In Pflegeheimen war dies genau umgekehrt. Hier gab es mehr Freiheitsbeschränkungen durch die Anwesenheit einer SpezialistIn. Die Unterschiede zwischen den Gruppen waren statistisch signifikant ($p < 0,001$). In den Pflegeheimen könnte dies damit zusammenhängen, dass meistens mehr Hilfspersonal beschäftigt ist als diplomiertes Pflegepersonal, was eventuell dazu führt, dass notwendige Freiheitsbeschränkungen nicht frühzeitig erkannt und durchgeführt werden oder teilweise aus mangelndem Wissen nicht immer dokumentiert werden. Der Einsatz einer Expertin könnte in diesen Settings einen Wissenszuwachs des Hilfspersonals gefördert haben, was wiederum die häufigeren Freiheitsbeschränkungen erklären würde, weil diese rechtzeitig, vor erheblicher Selbst- bzw. Fremdgefährdung eingesetzt bzw. gewissenhaft dokumentiert wurden.

In Krankenhäusern und Pflegeheimen, wo Bildungsmaßnahmen des Personals in den letzten 2 Jahren durchgeführt wurden, zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen freiheits- und nicht freiheitsbeschränkten Personen. Für den Krankenhaussektor gibt es auch in der internationalen Literatur noch keine ausreichende Evidenz, dass Bildungsprogramme Freiheitsbeschränkungen senken können (Evans, Wood & Lambert 2002c; JBI 2002; Rutledge, Donaldson & Pravikoff 2003, Rutledge & Pravikoff 2003 a, b) und in Pflegeheimen werden Bildungsmaßnahmen von einigen Studien als effektiv bestätigt (Evans, Wood & Lambert 2002; Testad, Aasland & Aarsland 2005; und von anderen als ineffektiv (Huizing et al. 2006, 2009).

Der Hauptgrund für Freiheitsbeschränkungen in Krankenhäusern und Pflegeheimen war die Sturzprävention, was den Ergebnissen der internationalen Literatur entspricht (Demir 2007; Evans & FitzGerald 2002a; Gastmans & Milisen 2006; Hamers Gulpers & Strik 2004; Hamers & Huizing 2005; Laurin et al. 2004). Alle anderen erhobenen Gründe hatten in den teilnehmenden Institutionen nur eine sehr geringfügige Bedeutung für die Anwendung von Freiheitsbeschränkungen, was sich nicht mit den Ergebnissen anderer internationalen Autoren deckt, weil durchaus das Ermöglichen der medizinischen Behandlung/Therapie (Evans & FitzGerald 2002a; Kwasny, Hage & Armstrong-Esther 2006; Hamers & Huizing 2005; Mamun & Lim 2005; Minnick et al. 2007), das Herumirren (Evans & FitzGerald 2002a) und auch Aggressionen (Laurin et al. 2004; Bredthauer et al. 2005)

häufige Gründe für Freiheitsbeschränkungen in Krankenhäusern und/oder Pflegeheimen sind. Ein weiteres interessantes Ergebnis der vorliegenden Studie war, dass die Kategorie „Sonstiges“ als Grund für Freiheitsbeschränkungen bei beiden Settings an zweiter Stelle stand. Dieses Ergebnis weist darauf hin, dass es wichtig wäre die Gründe zu erfassen, die dahinterstehen. In der internationalen Literatur wurde oft Verwirrtheit (Demir 2007; Evans & FitzGerald 2002a; Minnick et al. 2007), Agitiertheit (Evans & FitzGerald 2002a; Kwasny, Hage & Armstrong-Esther 2006; Laurin 2004; Mamun & Lim 2005; Migon et al. 2008), Selbstgefährdung (Demir 2007; Evans & FitzGerald 2002a; Odawara et al. 2005) und Fremdgefährdung (Evans & FitzGerald 2002a; Jarrett, Bowers & Simpson 2008; Kwasny, Hage & Armstrong-Esther 2006; Odawara et al. 2005) als weiteren, wichtigen, Grund für Freiheitsbeschränkungen herausgefunden, die in der durchgeführten Studie nicht erhoben wurden.

Die am häufigsten eingesetzte Freiheitsbeschränkungsmaßnahme in beiden Settings waren Bettgitter. Alle anderen Maßnahmen wurden in Krankenhäusern und Pflegeheimen so gut wie nicht angewendet. Zu diesem Ergebnis für das Pflegeheimsetting kam auch Meyer et al. (2009). Bei anderen Autoren waren zwar auch Bettgitter in Krankenhäusern oder Pflegeheimen am dominantesten, aber auch Gurte in verschiedenen Variationen und (Roll)stühle mit Tischen wurden häufig angewendet (Bredthauer et al. 2005; Huizing et al. 2006, 2008; Kwok et al. 2006; Laurin et al. 2004). Ein Grund für die heute noch sehr starke Verwendung von Bettgittern in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen dürfte damit zusammenhängen, dass Bettgitter vor der Einführung von Gesetzen zum Schutz der persönlichen Freiheit der PatientInnen und BewohnerInnen, von wahrscheinlich vielen Pflegepersonen nur als Schutzmaßnahme angesehen wurden und nicht als Freiheitsbeschränkung. Erst durch das In-Kraft-Treten des Unterbringungsgesetzes 1991 und des Heimaufenthaltsgesetzes 2005 dürfte langsam die Bewusstseinsbildung der Pflegepersonen begonnen haben, dass solche Maßnahmen die Freiheit eines Menschen wesentlich einschränken können.

6.2 Limits der Studie

Österreichweit (ausgenommen Vorarlberg) gab es zum Stichtag des 31.12.2008 878 Pflegeheime mit 65 395 Pflegeplätzen und 166 Krankenanstalten (ausgenommen Psychiatrien)

mit 44 927 Betten (VSP 2009 b). Bei der „Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten“ in Österreich haben aber nur insgesamt 12 Krankenhäuser (Universitätskrankenhäuser, Allgemeine Krankenhäuser, Psychiatrische Krankenhäuser) und 6 Pflegeheime teilgenommen, was die Generalisierbarkeit der vorliegenden Ergebnisse einschränkt.

Die gebührenpflichtige Teilnahme, welche eventuell Unsicherheiten bezüglich des Kosten-Nutzen-Faktors auslösten, und ein Mangel an Wissen über die Vorteile einer Prävalenzerhebung von Pflegephänomenen könnten Gründe für die niedrige Beteiligung der Einrichtungen sein.

Durch die freiwillige Teilnahme könnte es zu einer Verzerrung der Ergebnisse gekommen sein, weil eventuell nur Institutionen teilgenommen haben, die ein größeres Interesse an Qualitätsverbesserungen in der Pflege haben. Die erhobene Prävalenz könnte dadurch unterrepräsentiert sein.

Die schriftliche, informierte Zustimmung durch PatientInnen/BewohnerInnen ist ein weiteres Limit der Studie, weil dadurch wahrscheinlich PatientInnen wie auch BewohnerInnen ihre Teilnahme verweigert haben. Durch eine mündliche informierte Zustimmung, wie es auch in anderen Ländern bei solchen Erhebungen üblich ist, würde man eventuell eine noch höhere Teilnahme der PatientInnen/BewohnerInnen erreicht haben.

Weiters haben von den teilnehmenden Einrichtungen nur ausgewählte Stationen an der Prävalenzerhebung teilgenommen, was die Ergebnisse schwächt, weil eventuell nur Stationen gewählt wurden, wo man mit niedrigen Prävalenzraten rechnete. In Zukunft wäre es sinnvoll, alle Stationen einer Institution zu inkludieren, um ein repräsentatives Bild zu erhalten.

6.3 Stärken der Studie

Durch die standardisierte Fragebogenerhebung war es möglich, innerhalb kürzester Zeit eine große Anzahl pflegebezogener Daten zu erheben und auszuwerten. Die Fragebogenerhebung wurde bei jeder PatientIn/BewohnerIn durch jeweils 2 Pflegepersonen (eine Stationsinterne und eine Stationsexterne) durchgeführt, um eine objektive Einschätzung der Pflegeprobleme zu gewährleisten. Die hohe Teilnahme der PatientInnen und BewohnerIn-

nen vermittelt ein repräsentatives Bild der teilnehmenden Stationen. Die Ergebnisse bieten einen ersten Einblick in das Ausmaß des Pflegeproblems „Freiheitsbeschränkung“ und animieren die Pflege, Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegequalität zu ergreifen.

6.4 Schlussfolgerung

Die Ergebnisse zeigen, dass Bettgitter als Sicherheitsmaßnahme gegen Sturz, besonders oft bei PatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen mit Hilfsbedürftigkeit bei den ATL, bei Pflegeabhängigkeit oder Demenz eingesetzt werden. Da Bettgitter, aber auch andere Freiheitsbeschränkungsmaßnahmen, nach bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnissen möglicherweise zu negativen Konsequenzen wie Sturz, Verletzungen und Tod führen können, gibt es die Empfehlung internationaler Autoren, freiheitsbeschränkende Maßnahmen nur minimal anzuwenden. Das österreichische Heimaufenthaltsgesetz schreibt sogar vor, dass Freiheitsbeschränkungen nur als letzte Möglichkeit eingesetzt werden sollen, wenn andere Maßnahmen versagen. Deswegen ist es notwendig, regelmäßig (1x pro Jahr) Prävalenzerhebungen durchzuführen, um das Ausmaß von Freiheitsbeschränkungen in Krankenhäusern und Pflegeheimen zu bestimmen und darauf aufbauend geeignete Maßnahmen zur Reduktion von Freiheitsbeschränkungen abzuleiten. Die Forschung bezüglich effektiver Interventionen zur Reduktion von Freiheitsbeschränkungen in Krankenhäusern und Pflegeheimen ist international sehr mangelhaft, weshalb empfohlen wird, in diesem Bereich stärker zu forschen.

6.5 Praktische Relevanz

Laut §4 des österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG) gehört es zu den Berufspflichten der Pflegepersonen, wissenschaftliche Erkenntnisse zu nutzen, um das Wohl und die Gesundheit der betreuten- bzw. gepflegten Personen zu wahren. Diesbezüglich ist es auch notwendig, sich über die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse fortzubilden. Die Pflegeforschung gehört laut §14 GuKG zum eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Pflegepersonen (Bundeskanzleramt 2009 d). In diesem Sinne kann die Prävalenzerhebung den Pflegepersonen helfen, das Ausmaß von Pflegeproblemen zu erfassen. Durch das Sichtbarmachen der Problembereiche ist es möglich, gezielt Maßnahmen

einzusetzen bzw. zu entwickeln, um die Qualität der Pflege zu verbessern. Durch jährliche Prävalenzerhebungen wird sichtbar, ob die eingesetzten Maßnahmen effektiv waren oder ob andere Strategien eingesetzt werden müssen, um einen Erfolg zu verzeichnen. Durch die erhobenen Daten mit einem systematischen Instrument ist es möglich, nationale Vergleiche (Hausinterne Vergleiche, externe Vergleiche zwischen Krankenhäusern/Pflegeheimen) und internationale Vergleiche durchzuführen.

Literaturverzeichnis

- Behrens, H. & Langer, G. 2004, *Evidence-based Nursing. Vertrauensbildende Entzauberung der Wissenschaft. Qualitative und quantitative Methoden bei täglichen Pflegeentscheidungen*, Hans Huber Verlag, Bern.
- Berlach-Pobitzer, I., Kreissl, R., Pelikan, C. & Pilgram, A. 2005, *Grundlagen für die Implementation des Heimaufenthaltsgesetzes*, verfügbar unter: http://www.irks.at/downloads_frame.html [24. 06.2009].
- Bigwood, S. & Crowe, M. 2008, "'It's part of the job, but it spoils the job': a phenomenological study of physical restraint", *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(3):215-222.
- Bortz, J. & Döring, N. 2006, *Forschungsmethoden und Evaluation-für Human- und Sozialwissenschaftler*, 4. Aufl., Springer Medizin Verlag, Heidelberg.
- Böhner, H., Hummel, T., Sandmann, W. & Schneider, F. 2001, "Aktuelle Diagnostik und Therapie postoperativer Delirien", *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 126 (17):504-506.
- Bredthauer, D., Becker, C., Eichner, B., Koczy, P. & Nikolaus, T. 2005, "Factors relating to the use of physical restraints in psychogeriatric care: a paradigm for elder abuse", *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38(1):10-18.
- Bundeskanzleramt Österreich 2008a, *Bundesrecht: Gesamte Rechtsvorschrift für Heimaufenthaltsgesetz, Fassung vom 16.04.2009*, verfügbar unter: <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20003231> [16.04.2009].
- Bundeskanzleramt Österreich 2008b, *Bundesrecht: Gesamte Rechtsvorschrift für Unterbringungsgesetz, Fassung vom 16.04.2009*, verfügbar unter: <http://ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10002936> [16.04.2009].
- Bundeskanzleramt Österreich 2008c, *Bundesverfassungsgesetz über den Schutz der persönlichen Freiheit, Fassung vom 21.06.2009*, verfügbar unter: <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10000950> [21.06.2009].
- Bundeskanzleramt Österreich 2008d, *Gesundheits- u. Krankenpflegegesetz, Fassung vom 23.09.2009*, verfügbar unter: <http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR30006364> [23.09.2009].

- Burns, N. & Grove, S.K. (Hrsg.) 2005, *Pflegeforschung verstehen und anwenden*, 1. Aufl., Urban & Fischer, München.
- Chuang, Y.H. & Huang, H.T. 2007, "Nurses' feelings and thoughts about using physical restraints on hospitalized older patients", *Journal of Clinical Nursing*, 16(3):486-494.
- Cotter, V.T. 2005, "Restraint free care in older adults with dementia", *The Keio Journal of Medicine*, 54(2):80-84.
- Demir, A. 2007, "Nurse's use of physical restraints in four Turkish hospitals", *Journal of Nursing Scholarship*, 39(1):38-45.
- Engelhard, K. & Werner, C. 2008, "Der alte Patient in der Anästhesiologie- Postoperatives kognitives Defizit bei alten Patienten", *AINS*, 9:606-613.
- Evans, D. & FitzGerald, M. 2002a, "Reasons for physically restraining patients and residents: a systematic review and content analysis", *International Journal of Nursing Studies*, 39(7): 735-743.
- Evans, D. & Fitzgerald, M. 2002b, "The experience of physical restraint: a systematic review of qualitative research", *Contemporary Nurse*, 13(2-3):126-135.
- 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.
- Gaskin, C.J., Elsom, S.J. & Happell, B. 2007, "Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities: review of the literature", *The British Journal of Psychiatry: the journal of mental science*, 191:298-303.
- Gastmans, C. & Milisen, K. 2006, "Use of physical restraint in nursing homes: clinical-ethical considerations", *Journal of Medical Ethics*, 32(3):148-152.
- Godkin, M.D. & Onyskiw, J.E. 1999, "A systematic overview of interventions to reduce physical restraint use in long-term care settings". *Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing*, Heft 6, Dokumentnummer 6.
- Hamers, J.P., Gulpers, M.J. & Strik, W. 2004, "Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents", *Journal of Advanced Nursing*, 45(3):246-251.
- Hamers, J.P. & Huizing, A.R. 2005, "Why do we use physical restraints in the elderly?", *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38(1):19-25.
- Hantikainen, V. & Kappeli, S. 2000, "Using restraint with nursing home residents: a qualitative study of nursing staff perceptions and decision-making", *Journal of Advanced Nursing*, 32(5):1196-1205.

- Haut, A., Bother, N., Franke, N. & Hartmann, H. 2007, "Physical restraints in geriatric care: attitudes of nurses, patients and their families ", [Article in German], *Pflege Zeitschrift*, 60(4):206-209.
- Hofinger, V., Kreissl, R., Pelikan, C. & Pilgram, A. 2007, , *Zur Implementation des Heimaufenthaltsgesetzes – Effekte von Rechtsschutz auf die Kultur der Pflege*, verfügbar unter: http://www.irks.at/downloads_frame.html [24.06.2009].
- Huizing, A.R., Hamers, J.P., de Jonge, J., Candel, M. & Berger, M.P. 2007, "Organisational determinants of the use of physical restraints: a multilevel approach", *Social Science & Medicine*(1982), 65(5):924-933.
- Huizing, A.R., Hamers, J.P., Gulpers, M.J. & Berger, M.P. 2006, "Short-term effects of an educational intervention on physical restraint use: a cluster randomized trial", *BMC Geriatrics*, 6:17, verfügbar unter: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/6/17> [22.06.2009].
- Huizing, A.R., Hamers, J.P.H., Gulpers, M.J.M. & Berger M.P.F. 2009, "A cluster-randomized trial of an educational intervention to reduce the use of physical restraints with psychogeriatric nursing home residents" *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(7):1139-1148.
- Jaquemar, S. & Kinzl, H. 2005, *Vom Narrenturm zum Heimaufenthaltsgesetz*, verfügbar unter: <http://www.vsp.at/index.php?id=42> [2009, 06.21].
- Jarrett, M., Bowers, L. & Simpson, A. 2008, "Coerced medication in psychiatric inpatient care: literature review", *Journal of Advanced Nursing*, 64(6):538-548.
- JBİ (Joanna Briggs Institute) 2002, "Physical Restraint-Pt 2: Minimisation in Acute and Residential Care Facilities", *Best Practice*, 6(4)6p.
- Kirkevold, O. & Engedal, K. 2004, "Prevalence of patients subjected to constraint in Norwegian nursing homes", *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(3):281-286.
- Kirkevold, O., Sandvik, L. & Engedal, K. 2004, "Use of constraints and their correlates in Norwegian nursing homes", *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(10):980-988.
- Kuosmanen, L., Hatonen, H., Malkavaara, H., Kylmä, J. & Valimäki, M. 2007, "Deprivation of Liberty in Psychiatric Hospital Care: the Patient's Perspective", *Nursing Ethics*, 14(5): 597-607.
- Kwasny, P., Hagen, B. & Armstrong-Esther, C. 2006, "Use of major and minor tranquilizers with older patients in an acute care hospital: an exploratory study", *Journal of Advanced Nursing*, 55(2):135-141.

- Kwok, T., Mok, F., Chien, W.T. & Tam, E. 2006, "Does access to bed-chair pressure sensors reduce physical restraint use in the rehabilitative care setting?", *Journal of Clinical Nursing*, 15(5):581-587.
- Laurin, D., Voyer, P., Verreault, R. & Durand, P.J. 2004, "Physical restraint use among nursing home residents: A comparison of two data collection methods", *BMC Nursing* 3(5), verfügbar unter: <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/3/5> [16.04.2009].
- Mamun, K. & Lim, J. 2005, "Use of physical restraints in nursing homes: current practice in Singapore", *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 34(2):158-162.
- Martin, V., Kuster, W., Baur, M., Bohnet, U., Hermelink, G., Knopp, M., Kronstorfer, R., Martinez-Funk, B., Roser, M., Voigtlander, W., Brandecker, R. & Steinert, T. 2007, "Incidence of coercive measures as an indicator of quality in psychiatric hospitals. Problems of data recording and processing, preliminary results of a benchmarking study", [Article in German], *Psychiatrische Praxis*, 34(1):26-33.
- Meyer, G., Kopke, S., Haastert, B. & Muhlhauser, I. 2009, "Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study", *Journal of Clinical Nursing*, 18(7):981-990.
- Migon, M.N., Coutinho, E.S., Huf, G., Adams, C.E., Cunha, G.M. & Allen, M.H. 2008, "Factors associated with the use of physical restraints for agitated patients in psychiatric emergency rooms", *General Hospital Psychiatry*, 30(3):263-268.
- Minnick, A.F., Mion, L.C., Johnson, M.E., Catrambone, C. & Leipzig, R. 2007, "Prevalence and variation of physical restraint use in acute care settings in the US", *Journal of Nursing Scholarship*, 39(1):30-37.
- Nelstrop, L., Chandler-Oatts, J., Bingley, W., Bleetman, T., Corr, F., Cronin-Davis, J., Fraher, D.M., Hardy, P., Jones, S., Gournay, K., Johnston, S., Pereira, S., Pratt, P., Tucker, R. & Tsuchiya, A. 2006, "A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments", *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3(1):8-18.
- Odawara, T., Narita, H., Yamada, Y., Fujita, J., Yamada, T. & Hirayasu, Y. 2005, "Use of restraint in a general hospital psychiatric unit in Japan", *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59(5):605-609.
- Pekkarinen, L., Elovainio, M., Sinervo, T., Finne-Soveri, H. & Noro, A. 2006, "Nursing working conditions in relation to restraint practices in long-term care units", *Medical Care*, 44(12):1114-1120.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. 2004, *Nursing Research - Principles and Methodes*, 7. Aufl., Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

- Psyhyrembel Online Premium – das digitale Nachschlagewerk der Medizin 2009, Walter de Gruyter GmbH & Co. KG, Berlin.
- Rasch, B., Friese, M., Hofmann, W. & Naumann, E. 2008 a, *Quantitative Methoden*, Band 1, 2. Aufl, Springer Medizin Verlag, Heidelberg.
- Rasch, B., Friese, M., Hofmann, W. & Naumann, E. 2008 b, *Quantitative Methoden*, Band 2, 2. Aufl., Springer Medizin Verlag, Heidelberg.
- Rutledge, D.N., Donaldson, N.E. & Pravikoff, D.S. 2003, "Use of restraints. Part 1. Acute nonpsychiatric care", *Online Journal of Clinical Innovations*, 6(2):1-69.
- Rutledge, D.N. & Pravikoff, D.S. 2003a, "Use of Restraints. Part2. Restraints and Seclusion in Psychiatric Institutions", *Online Journal of Clinical Innovations*, 6(3):1-56.
- Rutledge, D.N. & Pravikoff, D.S. 2003b, "Use of restraints. Part 3. Skilled nursing care facilities", *Online Journal of Clinical Innovations*, 6(4):1-57.
- Sailas E.E.S. & Fenton, M. 2000, "Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses", *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 1. Art. Nr.: CD001163. DOI: 10.1002/14651858.CD001163.
- Schlaffer, P. (Hrsg.) 2009, *Heimaufenthaltsgesetz- Information über Bewohnerrechte*, VSP (VertretungsNetz – Sachwalterschaft, Patientenanwaltschaft, Bewohnervertretung), Wien.
- Schott, H. & Tölle, R. 2006, *Geschichte der Psychiatrie - Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen*, C.H.Beck, München.
- Stefan, H., Allmer, F., Eberl, J. et al. 2003, *Praxis der Pflegediagnosen*, 3 Auflage, Springer-Verlag, Wien.
- Statistik Austria 2009, *Bevölkerungsprognosen*, verfügbar unter:
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html (15.10.2009)
- Testad, I., Aasland, A.M. & Aarsland, D. 2005, "The effect of staff training on the use of restraint in dementia: a single-blind randomised controlled trial", *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(6):587-590.
- VSP 2009 a, *Unterbringungen mit Zwangsmaßnahmen von 01.01. 2008 – 31.12.2008 - alle Bundesländer außer Vorarlberg*, VSP, Wien.
- VSP 2009 b, *Auswertungen zum Stichtag des 31.12.2008 - APH und KRA im gesamten Zuständigkeitsgebiet*, VSP, Wien.
- WHO 2008, *Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges*, WHO, Kopenhagen.

- Wong, I.S. & Chien, W.T. 2005, "Young medical patients' experience of physical restraint: an exploratory study", *Journal of Clinical Nursing*, 14(1):120-121.
- Wynn, R. 2002, "Medicate, restrain or seclude? Strategies for dealing with violent and threatening behaviour in a Norwegian university psychiatric hospital", *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(3):287-291.
- Wynn, R. 2003, "Staff's attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital", *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(6):453-459.
- Wynn, R. 2004. "Psychiatric inpatients' experiences with restraint", *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 15(1):124-144.

Anhang

1: Turkey-HSD-Test für Items der Pflegeabhängigkeit

TeilnehmerInnen			p
Essen und Trinken	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	Pat. freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. freiheitsbeschränkt	< 0,001
	Pat. freiheitsbeschränkt	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. freiheitsbeschränkt	< 0,001
	Bew. nicht freiheitsbeschränkt	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Pat. freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. freiheitsbeschränkt	< 0,001
	Bew. freiheitsbeschränkt	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Pat. freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
Kontinenz	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	Pat. freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. freiheitsbeschränkt	< 0,001
	Pat. freiheitsbeschränkt	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. nicht freiheitsbeschränkt	0,266
		Bew. freiheitsbeschränkt	< 0,001
	Bew. nicht freiheitsbeschränkt	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Pat. freiheitsbeschränkt	0,266
		Bew. freiheitsbeschränkt	< 0,001
	Bew. freiheitsbeschränkt	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Pat. freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
Körperhaltung	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	Pat. freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. freiheitsbeschränkt	< 0,001

	Pat. freiheitsbeschränkt	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. freiheitsbeschränkt	< 0,001
	Bew. nicht freiheitsbeschränkt	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Pat. freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. freiheitsbeschränkt	< 0,001
	Bew. freiheitsbeschränkt	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Pat. freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
Mobilität	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	Pat. freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. freiheitsbeschränkt	< 0,001
	Pat. freiheitsbeschränkt	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. freiheitsbeschränkt	< 0,001
	Bew. nicht freiheitsbeschränkt	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Pat. freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. freiheitsbeschränkt	< 0,001
	Bew. freiheitsbeschränkt	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Pat. freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
Tages- u. Nachtrhythmus	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	Pat. freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. freiheitsbeschränkt	< 0,001
	Pat. freiheitsbeschränkt	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. nicht freiheitsbeschränkt	0,484
		Bew. freiheitsbeschränkt	< 0,001
	Bew. nicht freiheitsbeschränkt	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Pat. freiheitsbeschränkt	0,484
		Bew. freiheitsbeschränkt	< 0,001
	Bew. freiheitsbeschränkt	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Pat. freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001

An- und Auskleiden	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	Pat. freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. freiheitsbeschränkt	< 0,001
	Pat. freiheitsbeschränkt	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. nicht freiheitsbeschränkt	0,356
		Bew. freiheitsbeschränkt	< 0,001
	Bew. nicht freiheitsbeschränkt	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Pat. freiheitsbeschränkt	0,356
		Bew. freiheitsbeschränkt	< 0,001
	Bew. freiheitsbeschränkt	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Pat. freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
Körpertemperatur	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	Pat. freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. freiheitsbeschränkt	< 0,001
	Pat. freiheitsbeschränkt	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. nicht freiheitsbeschränkt	0,997
		Bew. freiheitsbeschränkt	< 0,001
	Bew. nicht freiheitsbeschränkt	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Pat. freiheitsbeschränkt	0,997
		Bew. freiheitsbeschränkt	< 0,001
	Bew. freiheitsbeschränkt	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Pat. freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
Körperpflege	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	Pat. freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. freiheitsbeschränkt	< 0,001
	Pat. freiheitsbeschränkt	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. nicht freiheitsbeschränkt	0,973
		Bew. freiheitsbeschränkt	< 0,001
	Bew. nicht freiheitsbeschränkt	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Pat. freiheitsbeschränkt	0,973
		Bew. freiheitsbeschränkt	< 0,001

	Bew. freiheitsbeschränkt	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Pat. freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
Vermeiden von Gefahren	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	Pat. freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. freiheitsbeschränkt	< 0,001
	Pat. freiheitsbeschränkt	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. nicht freiheitsbeschränkt	0,972
		Bew. freiheitsbeschränkt	< 0,001
	Bew. nicht freiheitsbeschränkt	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Pat. freiheitsbeschränkt	0,972
		Bew. freiheitsbeschränkt	< 0,001
	Bew. freiheitsbeschränkt	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Pat. freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
Kommunikation	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	Pat. freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. freiheitsbeschränkt	< 0,001
	Pat. freiheitsbeschränkt	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. nicht freiheitsbeschränkt	0,994
		Bew. freiheitsbeschränkt	< 0,001
	Bew. nicht freiheitsbeschränkt	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Pat. freiheitsbeschränkt	0,994
		Bew. freiheitsbeschränkt	< 0,001
	Bew. freiheitsbeschränkt	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Pat. freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
Kontakt mit anderen	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	Pat. freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. freiheitsbeschränkt	< 0,001
	Pat. freiheitsbeschränkt	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. nicht freiheitsbeschränkt	0,889
		Bew. freiheitsbeschränkt	< 0,001

	Bew. nicht freiheitsbeschränkt	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Pat. freiheitsbeschränkt	0,889
		Bew. freiheitsbeschränkt	< 0,001
	Bew. freiheitsbeschränkt	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Pat. freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
Sinn für Regeln und Werte	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	Pat. freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. freiheitsbeschränkt	< 0,001
	Pat. freiheitsbeschränkt	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. nicht freiheitsbeschränkt	0,007
		Bew. freiheitsbeschränkt	< 0,001
	Bew. nicht freiheitsbeschränkt	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Pat. freiheitsbeschränkt	0,007
		Bew. freiheitsbeschränkt	< 0,001
	Bew. freiheitsbeschränkt	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Pat. freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
Alltagsaktivitäten	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	Pat. freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. freiheitsbeschränkt	< 0,001
	Pat. freiheitsbeschränkt	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. nicht freiheitsbeschränkt	0,075
		Bew. freiheitsbeschränkt	< 0,001
	Bew. nicht freiheitsbeschränkt	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Pat. freiheitsbeschränkt	0,075
		Bew. freiheitsbeschränkt	< 0,001
	Bew. freiheitsbeschränkt	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Pat. freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	Pat. freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. freiheitsbeschränkt	< 0,001

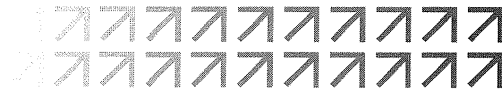
	Pat. freiheitsbeschränkt	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. nicht freiheitsbeschränkt	0,106
		Bew. freiheitsbeschränkt	< 0,001
	Bew. nicht freiheitsbeschränkt	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Pat. freiheitsbeschränkt	0,106
		Bew. freiheitsbeschränkt	< 0,001
	Bew. freiheitsbeschränkt	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Pat. freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
Lernfähigkeit	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	Pat. freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. freiheitsbeschränkt	< 0,001
	Pat. freiheitsbeschränkt	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. nicht freiheitsbeschränkt	0,001
		Bew. freiheitsbeschränkt	< 0,001
	Bew. nicht freiheitsbeschränkt	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Pat. freiheitsbeschränkt	0,001
		Bew. freiheitsbeschränkt	< 0,001
	Bew. freiheitsbeschränkt	Pat. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Pat. freiheitsbeschränkt	< 0,001
		Bew. nicht freiheitsbeschränkt	< 0,001

■ = nicht signifikante Werte

2: Fragebogen zur Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten



Landesweite Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten



Code der Einrichtung

1

Angaben zur Einrichtung

Art der Einrichtung

- | | |
|--|--|
| ☐ Universitätskrankenhaus | ☐ Einrichtung für Menschen mit einer geistigen Behinderung |
| ☐ Allgemeines Krankenhaus | ☐ Einrichtung für Menschen mit einer körperlichen Behinderung |
| ☐ Pflegeheim | ☐ Psychiatrisches Krankenhaus |
| ☐ Betreuungseinrichtung | ☐ Ambulante Pflege |
| ☐ Rehabilitationszentrum | ☐ Sonstiges |

Welche Module werden erhoben? (Es sind mehrere Antworten möglich)

- ☐ Dekubitus
☐ Inkontinenz
☐ Mangelernährung
☐ Intertrigo
☐ Stürze und Freiheitsentziehende Maßnahmen

Füllen Sie bitte nur die Qualitätsindikatoren für die Module aus, die in Ihrer Einrichtung Bestandteil der Erhebung sind.

Dekubitus

	ja	nein
1 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Dekubitusexpertenteam/Gruppe?	☐	☐
2 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinien zur Dekubitusprävention?	☐	☐
3 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinien zur Dekubitusbehandlung?	☐	☐
4 Gibt es in Ihrer Einrichtung einen ExpertenIn, der für die Aktualisierung des Präventionsprotokolls und/oder des Behandlungsprotokolls zuständig ist und darauf hinweist?	☐	☐
5 Werden Patienten mit einem Dekubitus minimal zweiten Grades in Ihrer Einrichtung von einem zentralen AnsprechpartnerIn erfasst (zum Beispiel von einer Pflegefachperson für Dekubitus)?	☐	☐
6 Wird die Zahl der Patienten mit Dekubitus in Ihrer Einrichtung zentral erfasst?	☐	☐
7 Gibt es auf Einrichtungs- oder Stations-/Wohnbereichsebene ein Protokoll für die Verwaltung von Präventionsmaterialien?	☐	☐
8 Fand innerhalb der letzten zwei Jahre eine Fortbildung und/oder Veranstaltung zum Thema Dekubitusprävention und Behandlung für das Pflegepersonal in Ihrer Einrichtung statt?	☐	☐
9 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zur Dekubitusprävention?	☐	☐

Inkontinenz

	ja	nein
10 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinien zur Inkontinenzbehandlung?	☐	☐
11 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien zur Inkontinenzbehandlung in Ihrer Einrichtung überwacht?	☐	☐
12 Gibt es in Ihrer Einrichtung einen ExpertenIn, der für die Aktualisierung des Inkontinenzprotokolls zuständig ist und darauf hinweist?	☐	☐
13 Gibt es auf Einrichtungsebene eine Pflegefachperson für die Inkontinenzbehandlung?	☐	☐
14 Fand innerhalb der letzten zwei Jahre eine Fortbildung und/oder Veranstaltung zum Thema Inkontinenzbehandlung für das Pflegepersonal in Ihrer Einrichtung statt?	☐	☐
15 Gibt es auf Einrichtungs- oder Stations-/Wohnbereichsebene ein Protokoll für die Verwaltung von Inkontinenzmaterial?	☐	☐
16 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Inkontinenz?	☐	☐



Universität Maastricht

1/2 b.w.

AT2009APR © 2009 Universität Maastricht

Mangelernährung

	ja	nein
17 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinien zur Prävention und/oder Behandlung von Mangelernährung?	☐	☐
18 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien zur Prävention von Mangelernährung in Ihrer Einrichtung überwacht?	☐	☐
19 Gibt es auf Einrichtungs- oder Stations-/Wohnbereichsebene eine multidisziplinäre Beratungskommission/ Ernährungsteam zum Thema Mangelernährung?	☐	☐
20 Gibt es in Ihrer Einrichtung einen ExpertenIn, der für die Aktualisierung des Protokolls zur Prävention von Mangelernährung zuständig ist und darauf hinweist?	☐	☐
21 Sind in Ihrer Einrichtung Kriterien für die Ermittlung von Mangelernährung festgelegt worden?	☐	☐
22 Ist in Ihrer Einrichtung ein DiätassistentIn tätig?	☐	☐
23 Fand innerhalb der letzten zwei Jahre eine Fortbildung und/oder Veranstaltung zur Prävention und Behandlung von Mangelernährung für das Pflegepersonal in Ihrer Einrichtung statt?	☐	☐
24 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Mangelernährung?	☐	☐

Intertrigo

	ja	nein
25 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinien zur Prävention und/oder Behandlung von Intertrigo?	☐	☐
26 Werden in Ihrer Einrichtung nationale Vorschriften eingehalten?	☐	☐
27 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien zur Prävention von Intertrigo in Ihrer Einrichtung überwacht?	☐	☐
28 Gibt es in Ihrer Einrichtung einen ExpertenIn, der für die Aktualisierung des Protokolls zur Prävention und/oder Behandlung von Intertrigo zuständig ist und darauf hinweist?	☐	☐
29 Fand innerhalb der letzten zwei Jahre eine Fortbildung und/oder eine Veranstaltung zur Prävention und Behandlung von Intertrigo für das Pflegepersonal in Ihrer Einrichtung statt?	☐	☐
30 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zur Prävention von Intertrigo?	☐	☐

Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen

	ja	nein
31 Werden Sturzereignisse in Ihrer Einrichtung dezentral (auf Stationsebene) erfasst?	☐	☐
32 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinien für die Prävention von Stürzen?	☐	☐
33 Wurde eine landesweite Richtlinie in das Protokoll/die Richtlinie der Einrichtung aufgenommen?	☐	☐
34 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene/Angehörige mit Informationen über die Sturzgefahr und Prävention von Stürzen?	☐	☐
35 Fand innerhalb der letzten zwei Jahre eine Fortbildung und/oder Veranstaltung zum Thema Sturzgefahr und Prävention von Stürzen und Verletzungen statt?	☐	☐
36 In Ihrer Einrichtung werden freiheitsentziehende Maßnahmen dezentral (auf Stationsebene) erfasst.	☐	☐
37 Es gibt in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinien für freiheitsentziehende Maßnahmen.	☐	☐
38 Fand innerhalb der letzten zwei Jahre eine Fortbildung und/oder Veranstaltung über freiheitsentziehende Maßnahmen statt?	☐	☐

Überprüfen Sie für eine ordnungsgemäße Verarbeitung der Angaben, ob alle Fragen vollständig ausgefüllt sind.



Angaben zur Station/Wohnbereich

2

Art der Station/Wohnbereich

A Universitätskrankenhaus

- ☐ Operativ
☐ Nichtoperativ
☐ Intensivstation
☐ Überwachungsstation/
Herzüberwachungsstation
☐ Pädiatrie
☐ Pflege/Langzeit/Geriatrie
☐ Short-stay
☐ Psychiatrie
☐ Sonstiges

B Allgemeines Krankenhaus

- ☐ Operativ
☐ Nichtoperativ
☐ Intensivstation
☐ Überwachungsstation/
Herzüberwachungsstation
☐ Pädiatrie
☐ Pflege/Langzeit/Geriatrie
☐ Short-stay
☐ Psychiatrie
☐ Sonstiges

C Pflegeheim

- ☐ Psychogeriatric
☐ Somatische Reaktivierung
☐ Somatische Station/Wohnbereich
☐ Pflegestation/Wohnbereich
☐ Ambulante Pflege
☐ Betreutes Wohnen
☐ Sonstiges

D Betreuungseinrichtung

- ☐ Demenzstation/Wohnbereich
☐ Pflegeabteilung
☐ Ambulante Pflege
☐ Keine Clusterbildung
☐ Betreutes Wohnen
☐ Sonstiges

E Rehabilitationszentrum

- ☐ Abteilung für Querschnittsläsionen
☐ Abteilung für Amputationen
☐ Schmerzabteilung
☐ Station/Wohnbereich für die
Behandlung nach einem Schlaganfall
☐ Sonstiges

F Einrichtung für Menschen mit einer geistigen Behinderung

- ☐ Überwiegend an das Bett/den Rollstuhl
gebundene Gruppe
☐ Überwiegend mobile Gruppe
☐ Sonstiges

G Einrichtung für Menschen mit einer körperlichen Behinderung

- ☐ Überwiegend an das Bett/den Rollstuhl
gebundene Gruppe
☐ Überwiegend mobile Gruppe
☐ Sonstiges

H Psychiatrisches Krankenhaus

- ☐ Langzeitunterbringung
☐ Geriatrische Station/Wohnbereich
☐ Sonstiges

I Ambulante Pflege

- ☐ Pflegen und Betreuen
☐ Familienpflege
☐ Pflegen und Betreuen einschließlich
Familienpflege
☐ Sonstiges

J Sonstiges

- ☐ Geriatrisches Krankenhaus
☐ Sonstiges

Füllen Sie bitte nur die Qualitätsindikatoren für die Module aus, die in Ihrer Einrichtung Bestandteil der Erhebung sind.

Dekubitus

- | | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1 Gibt es auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene mindestens eine Person/einen PflegeexpertenIn (z.B. eine Pflegefachperson für Dekubitus und chronische Wunden), die/der auf dem Gebiet Dekubitus spezialisiert ist? | ☐ | ☐ |
| 2 Werden alle Risiko- und/oder Dekubituspatienten im Rahmen der monodisziplinären Beratung auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene erörtert? | ☐ | ☐ |
| 3 Werden alle Risiko- und/oder Dekubituspatienten im Rahmen der multidisziplinären Beratung auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene erörtert? | ☐ | ☐ |
| 4 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene überwacht? | ☐ | ☐ |
| 5 Wird das Dekubitusrisiko der einzelnen Patienten in der Krankenakte aufgezeichnet? | ☐ | ☐ |
| 6 Wird in der Krankenakte aufgezeichnet, welche Maßnahmen im Hinblick auf die Prävention und/oder Behandlung von Dekubitus bei Risikopatienten erforderlich sind? | ☐ | ☐ |
| 7 Wird das vorgeschriebene Dekubitusmaterial innerhalb von 24 Stunden beim Betroffenen abgeliefert? | ☐ | ☐ |
| 8 Erhalten alle Patienten mit erhöhtem Dekubitusrisiko eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zur Dekubitusprävention? | ☐ | ☐ |

Inkontinenz

	ja	nein
9 Gibt es auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene mindestens eine Person/einen PflegeexpertenIn, die/der auf dem Gebiet Inkontinenz spezialisiert ist?	☐	☐
10 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien bei Inkontinenz auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene überwacht?	☐	☐
11 Wird in der Krankenakte aufgezeichnet, welche Maßnahmen im Hinblick auf die Inkontinenzbehandlung bei Inkontinenzpatienten erforderlich sind?	☐	☐
12 Steht das für den Betroffenen vorgeschriebene Inkontinenzmaterial standardmäßig auf der Station/Wohnbereich zur Verfügung?	☐	☐
13 Erhalten alle Patienten mit Inkontinenz eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Inkontinenz?	☐	☐

Mangelernährung

	ja	nein
14 Gibt es auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene mindestens eine Person/einen PflegeexpertenIn, die/der auf dem Gebiet der Mangelernährung spezialisiert ist?	☐	☐
15 Werden alle Risikopatienten und/oder Patienten mit Mangelernährung im Rahmen der multidisziplinären Beratung auf Stations-/Bereich-/Teamebene erörtert?	☐	☐
16 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien bei Mangelernährung auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene überwacht?	☐	☐
17 Wird das Gewicht der Patienten bei der Einweisung standardmäßig dokumentiert?	☐	☐
18 Wird die Körpergröße der Patienten bei der Einweisung standardmäßig dokumentiert?	☐	☐
19 Wird der Ernährungszustand bei der Einweisung dokumentiert?	☐	☐
20 Wird das Risiko für Mangelernährung in der Krankenakte der einzelnen Patienten aufgezeichnet?	☐	☐
21 Wird in der Krankenakte/im Pflegeplan aufgezeichnet, welche Maßnahmen im Hinblick auf Patienten mit einem Ernährungsrisiko erforderlich sind?	☐	☐
22 Wird auf der Station/Wohnbereich bei (drohender) Mangelernährung standardmäßig mit Proteinen und Kohlehydraten angereicherte Nahrung angeboten?	☐	☐
23 Erhalten alle Patienten, die an (drohender) Mangelernährung leiden, eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Mangelernährung?	☐	☐
24 Werden beim Essen auf der Station/Wohnbereich die Umgebungsfaktoren berücksichtigt (z.B. ungestörte Mahlzeiten, ein gedeckter Tisch, Menüauswahl)?	☐	☐
25 Wird die Intake/Aufnahme (Flüssigkeit und Nahrung) der PatientIn erfasst in der Krankenakte/im Pflegeplan?	☐	☐
26 Existiert auf die Station/dem Wohnbereich ein Standard/eine Richtlinie bezüglich der regelmäßigen Gewichtserfassung?	☐	☐
27 Wie oft werden die Patienten gewogen? (Bitte nur eine Antwort auswählen)		
☐ Wöchentlich	☐ Unregelmäßig (wenn sich der Zustand des Patienten verändert)	
☐ Monatlich	☐ Die Patienten werden nicht gewogen	
☐ Vierteljährlich		

Intertrigo

	ja	nein
28 Gibt es auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene mindestens eine Person/einen PflegeexpertenIn, die/der auf dem Gebiet von Intertrigo spezialisiert ist?	☐	☐
29 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien bei Intertrigo auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene überwacht?	☐	☐
30 Wird in der Krankenakte aufgezeichnet, welche Maßnahmen im Hinblick auf die Prävention und/oder Behandlung von Intertrigo erforderlich sind?	☐	☐
31 Steht das bei Intertrigo vorgeschriebene Material standardmäßig auf der Station/Wohnbereich zur Verfügung?	☐	☐
32 Erhalten alle Patienten mit Intertrigo eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Intertrigo?	☐	☐

Stürze und Freiheitsentziehende Maßnahmen

	ja	nein
33 Gibt es auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene mindestens eine Person/einen PflegeexpertenIn, die/der auf dem Gebiet der Sturzprävention spezialisiert ist?	☐	☐
34 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien zur Prävention von Stürzen auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene überwacht?	☐	☐
35 Erfolgt bei der Aufnahme/Einweisung der Patienten eine Bewertung des Sturzrisikos?	☐	☐
36 Werden im Rahmen der monodisziplinären Beratung spezifische (auf den Patienten zugeschnittene) Maßnahmen zur Sturzprävention erörtert?	☐	☐
37 Werden im Rahmen der multidisziplinären Beratung spezifische (auf den Patienten zugeschnittene) Maßnahmen zur Sturzprävention erörtert?	☐	☐
38 Werden die spezifischen (auf den Patienten zugeschnittenen) Maßnahmen mit dem Patienten erörtert?	☐	☐
39 Werden die spezifischen (auf den Patienten zugeschnittenen) Maßnahmen mit den Angehörigen, die den Patienten pflegen, erörtert?	☐	☐
40 Es gibt auf der Station/Wohnbereich mindestens eine Person/ExpertIn die sich spezialisiert hat im Bereich freiheitsentziehender Maßnahmen?	☐	☐
41 Auf der Station/Wohnbereich wird kontrolliert ob gearbeitet wird nach das Protokoll/Richtlinien freiheitsentziehende Maßnahmen.	☐	☐
42 Freiheitsentziehende Maßnahmen werden in multidisziplinärer Beratung erörtert.	☐	☐

Überprüfen Sie für eine ordnungsgemäße Verarbeitung der Angaben, ob alle Fragen vollständig ausgefüllt sind.



Grades Dekubitus

Grad 1	Rötung der intakten Haut, die auf leichten Druck hin nicht verschwindet. Weitere klinische Merkmale sind eine Färbung der Haut, lokale Überwärmung, Ödembildung und eine Verhärtung der Haut. Entscheidend ist, dass die Rötung auf leichten Druck hin nicht verschwindet: wird die Haut mit zwei Fingern oder dem Daumen beziehungsweise einer Dekubituslinse eingedrückt, färbt sich die Haut (Rötung) nicht weiß.
Grad 2	Oberflächliche Hautläsionen (Epidermis), eventuell mit einer Schädigung der darunter liegenden Hautschicht (Dermis oder Lederhaut). Die Schädigung wird in Form einer Blase oder Abschürfung der Haut sichtbar.
Grad 3	Hautdefekt mit einer Schädigung bzw. Nekrose der Haut sowie des subkutanen Gewebes (Subkutis). Die Schädigung kann sich bis auf das darunter liegende Bindegewebe erstrecken (Faszie).
Grad 4	Ausgedehnte Zerstörung des Gewebes bzw. Verlust des Gewebes (Nekrose) der Muskeln, des Knochengewebes oder der unterstützenden Strukturen sowie eine mögliche Schädigung der Unterhaut (Epidermis) und Lederhaut (Dermis).

Ein tiefer Dekubitus mit intakter Haut und angegriffenen Knochen, Sehnen und Gelenkkapseln, wie er häufig bei querschnittsgelähmten Patienten/ Bewohnern zu sehen ist, die zu lange im Stuhl sitzen, wird dem vierten Grad zugerechnet.

Bei Personen mit einer dunklen Hautfarbe ist eine Rötung der intakten Haut häufig nur schwer oder auch gar nicht zu erkennen. Der erste Grad kennzeichnet sich vor allem durch eine deutliche wahrnehmbare Veränderung der Hautabschnitte, die Druck ausgesetzt gewesen sind und sich dadurch von anderen vergleichbaren Hautabschnitten unterscheiden. Die Veränderungen können sich in einer Veränderung der Farbe, Temperatur und Sensibilität der betreffenden Hautabschnitte manifestieren.

Pflegeabhängigkeitsskala: Kategorienbeschreibungen

- Völlig abhängig: Der Patient ist nicht in der Lage, selbstständig Temperaturen wie Wärme und Kälte zu unterscheiden. Er muss von Dritten vor Temperaturschwankungen (Zugluft, Sonne usw.) geschützt werden.
- Überwiegend abhängig: Der Patient ist teilweise in der Lage, selbstständig Temperaturen wie Wärme und Kälte zu unterscheiden. Er ist jedoch nicht in der Lage, selbstständig entsprechende Maßnahmen zu ergreifen. Der Patient ist auf die Hilfe Dritter angewiesen, wenn er sich nicht wohl fühlt.
- Teilweise abhängig: Der Patient ist in der Lage, selbstständig Temperaturen wie Wärme und Kälte zu unterscheiden. Er ist jedoch nur begrenzt in der Lage, selbstständig entsprechende Maßnahmen zu ergreifen. Ist teilweise auf die Hilfe Dritter angewiesen, um nach eigenem Wunsch ein Gefühl des Wohlbefehens zu erzeugen.
- Überwiegend unabhängig: Der Patient ist selbstständig in der Lage, Temperaturen wie Wärme und Kälte zu unterscheiden. Er ist in hohem Maße in der Lage, selbstständig entsprechende Maßnahmen zu ergreifen und kann seinen Bedarf an Behaglichkeit nahezu vollständig nach eigenem Wunsch decken.
- Völlig unabhängig: Der Patient ist in der Lage, seine Körpertemperatur völlig selbstständig gegen äußere Einflüsse zu schützen und seinen Bedarf an Behaglichkeit nach eigenem Wunsch zu decken.

Arten von Inkontinenz

- Belastungsinkontinenz: Kennzeichen der Belastungsinkontinenz ist ein unfreiwilliger Urinverlust bei einem Druck im oder auf dem Bauch, zum Beispiel beim Lachen, Niesen, Husten, Bücken, Nase putzen, beim Heben schwerer Lasten oder bei schnellen Bewegungen, beispielsweise beim Sport. Ansonsten normaler Harnabgang.
- Dranginkontinenz: Bei der Dranginkontinenz handelt es sich um einen nicht aufzuhaltenden Harndrang. Dem (andauernden) Harndrang geht nur eine sehr kurze Warnung voraus, häufig fehlt diese sogar ganz.
- Mischinkontinenz: Eine Kombination aus Belastungs- und Dranginkontinenz, wobei eine der beiden Formen verstärkt im Vordergrund steht.
- Funktionale Inkontinenz: Ist ein Patient aufgrund körperlicher oder praktischer Einschränkungen nicht mehr in der Lage, selbstständig zur Toilette zu gehen, ist von einer funktionalen Inkontinenz die Rede. Es liegt bei dieser Art der Urininkontinenz also keine urogenitale Funktionsstörung vor. Beispiele sind: Nebenwirkungen nach einer Narkose oder durch Medikamentierung, Desorientierung, geistige/ körperliche/ visuelle Einschränkungen, eine unpraktische Bekleidung, ein zu langer Abstand oder Hindernisse beim Aufsuchen der Toilette.
- Überlaufinkontinenz: Beim unwillkürlichen Verlust kleiner Mengen an Urin aus einer vollen Blase ist von Überlaufinkontinenz die Rede. Überlaufinkontinenz tritt auf, wenn die Blase vergrößert ist und unempfindlich wird. Der Druck auf die Blase wird so groß, dass kleine Mengen an Urin wegtropfen.
- Komplette Inkontinenz: Kennzeichen einer kompletten Inkontinenz ist das kontinuierliche Heraustropfen von Urin aus der Harnröhre, sowohl tagsüber als auch nachts. Eine komplette Inkontinenz tritt auf, wenn der Schließmuskel der Blase nicht mehr richtig funktioniert.

Intertrigo

Intertrigo ist eine Entzündung, die hauptsächlich zwischen Hautfalten vorkommt.

Maßnahmen Mangelernährung

- Energiereiche Zwischenmahlzeiten: Darunter sind Milchprodukte (zum Beispiel Kakao, Fruchtequark, Grießbrei), herzhafte Snacks (zum Beispiel Käsewürfel, Wurst, Nüsse, Erdnüsse, Frühlingsrollen, Würstchen in Blätterteig), Kekse und Süßigkeiten (zum Beispiel Schokolade, Donuts, Kekse, Müsliriegel, Schokoladenriegel) sowie Getreideprodukte (zum Beispiel Brot, Rosinenbrötchen, Knäckebrötschensandwiches, Pfannkuchen) zu verstehen.
- Flüssignahrung (zum Beispiel Nutridrink, Fortimel, Ensini): Es handelt sich dabei um gebrauchsfertige Produkte, die neben oder anstelle der normalen Ernährung konsumiert werden und für Patienten bestimmt sind, die zwar nicht mehr oder nicht mehr ausreichend essen, aber noch trinken können.
- Nahrungsergänzungsmittel (Energie und Eiweiß, zum Beispiel Fantomalt/ Protifar): Ergänzungsmittel wie diese werden häufig eingesetzt, wenn die herkömmliche Nahrung unzureichend Energie und Makronährstoffe bietet.
- Sondennahrung: Eine flüssige, ausreichend nährstoffhaltige Nahrung oder Nahrungsergänzung, die durch ein auf den Patienten abgestimmte Zusammensetzung ausreichend Energie und die erforderliche Menge an Flüssigkeit enthält. Die Nahrung wird über eine Sonde oder Stomie direkt in den Magen oder Darm geleitet.
- Parenterale Ernährung: Darunter sind Nährstoffe zu verstehen, die über eine Infusion in die Blutbahn geleitet werden.
- Keine Maßnahmen bei komatösen, schwer kranken oder terminalen Patienten: in manchen Fällen ist eine Intervention bei bestimmten Patienten nicht möglich.
- Palliative Ernährung



Landesweite Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten

Braden-Skala

Sensorisches Empfindungsvermögen Fähigkeit, adäquat auf druckbedingte Beschwerden zu reagieren. Kinder: Fähigkeit, dem Entwicklungsstand entsprechend adäquat auf druckbedingte Beschwerden zu reagieren	1 Fehlt Keine Reaktion auf schmerzhafte Stimuli. Mögliche Gründe: Bewegungslosigkeit, Sedierung ODER <i>Störung der Schmerzempfindung durch Lähmungen, die den größten Teil des Körpers betreffen (z.B. hoher Querschnitt)</i>	2 Stark eingeschränkt Eine Reaktion erfolgt nur auf starke Schmerzreize. Beschwerden können kaum geäußert werden (z.B. nur durch Stöhnen oder Unruhe) ODER <i>Störung der Schmerzempfindung durch Lähmungen, wovon die Hälfte des Körpers betroffen ist</i>	3 Leicht eingeschränkt Eine Reaktion auf Ansprache oder Kommandos. Beschwerden können aber nicht immer ausgedrückt werden (z.B. dass die Position geändert werden soll) ODER <i>Störung der Schmerzempfindung durch Lähmung, wovon eine oder zwei Extremitäten betroffen sind</i>	4 Vorhanden Reaktion auf Ansprache. Beschwerden können geäußert werden ODER <i>keine Störung der Schmerzempfindung</i>
Feuchtigkeit Ausmaß, in dem die Haut Feuchtigkeit ausgesetzt ist	1 Ständig feucht Die Haut ist ständig feucht durch Urin, Schweiß oder Kot. Immer wenn der Patient gedreht wird, liegt er im Nassen	2 Oft feucht Die Haut ist feucht, aber nicht immer. Bettzeug oder Wäsche muss mindestens einmal pro Schicht gewechselt werden	3 Manchmal feucht Die Haut ist manchmal feucht. Etwa einmal pro Tag wird neue Wäsche benötigt	4 Selten feucht Die Haut ist meist trocken. Neue Wäsche wird selten benötigt. Kinder: regelmäßiger Windelwechsel
Aktivität Ausmaß der physischen Aktivität	1 Bettlägerig Ans Bett gebunden	2 Sitzt auf Kann mit Hilfe etwas laufen. Kann das eigene Gewicht nicht allein tragen. Braucht Hilfe, um aufzusitzen (Bett, Stuhl, Rollstuhl)	3 Geht wenig Geht am Tag allein, aber selten und nur kurze Distanzen. Braucht für längere Strecken Hilfe. Verbringt die meiste Zeit im Bett oder im Stuhl	4 Geht regelmäßig und alle Kinder, die zu jung zum Laufen sind Geht regelmäßig 2- bis 3-mal pro Schicht. Bewegt sich regelmäßig
Mobilität Fähigkeit, die Position zu wechseln und zu halten	1 Komplett immobil Kann auch keinen geringfügigen Positionswechsel ohne Hilfe durchführen	2 Mobilität stark eingeschränkt Bewegt sich manchmal geringfügig (Körper, Extremitäten). Kann sich aber nicht regelmäßig allein ausreichend umlagern	3 Mobilität gering eingeschränkt macht regelmäßig kleine Positionswechsel des Körpers und der Extremitäten	4 Mobil kann allein seine Position umfassend verändern
Ernährung Ernährungsgewohnheiten	1 sehr schlechte Ernährung Isst kleine Portionen nie auf, sondern nur etwa 1/3. Trinkt zu wenig, nimmt keine Ergänzungskost zu sich ODER <i>nur klare Flüssigkeit UND / ODER erhält Ernährungsinfusionen länger als 5 Tage</i>	2 Mäßige Ernährung Isst selten eine normale Essensportion auf, isst im Allgemeinen etwa die Hälfte der angebotenen Nahrung. Nimmt regelmäßig Ergänzungskost zu sich ODER <i>erhält zu wenig Nährstoffe über Sondenkost oder Infusionen</i>	3 Adäquate Ernährung Isst mehr als die Hälfte der normalen Essensportionen. Verweigert gelegentlich eine Mahlzeit, nimmt aber Ergänzungskost zu sich ODER <i>kann über Sonde oder Infusionen die meisten Nährstoffe zu sich nehmen</i>	4 Gute Ernährung Isst immer die angebotenen Mahlzeiten auf. Isst auch manchmal zwischen den Mahlzeiten. Braucht keine Ergänzungskost. Kinder: Ernährung bietet die dem Alter angemessene Kalorienmenge. Isst/trinkt meistens die angebotenen Mahlzeiten
Reibung und Scherkräfte Reibung entsteht, wenn Haut über eine Unterlage (z.B. Laken) gleitet. Scherkräfte entstehen, wenn Hautschichten und benachbarte Knochenstrukturen gegeneinander gleiten	1 Problem Braucht viel bis massive Unterstützung bei Lagewechsel. Anheben ist ohne Schleifen über die Laken nicht möglich. Rutscht im Bett oder im (Roll-) Stuhl ständig herunter, muss immer wieder hochgezogen werden. Kinder: Spastik, Kontrakturen, Jucken oder motorische Unruhe führen zu fast ständigem Rutschen und Reibung	2 Potenzielles Problem Bewegt sich etwas allein oder braucht wenig Hilfe. Beim Hochziehen schleift die Haut nur wenig über die Laken (kann sich etwas anheben). Kann sich über längere Zeit in einer Lage halten (Stuhl, Rollstuhl). Rutscht nur selten herunter	3 Kein Problem zur Zeit bewegt sich in Bett und Stuhl allein hat genügend Kraft, sich anzuheben. Kann eine Position über lange Zeit halten, ohne herunterzurutschen. Kinder: es ist möglich, das Kind während eines Positionswechsels vollständig anzuheben	



Code der Einrichtung

Code der Station/
Wohnbereich

Landesweite Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten

Allgemeines

Patientengebundene Daten

Station/Wohnbereich/Team

Code des Patienten

3**1 Hat der Patientin an der Erhebung teilgenommen?**

- ☐ Ja (bitte mit Frage 3 fortfahren)
☐ Nein

2 Wenn nicht, warum hat der Patientin nicht teilgenommen?

- ☐ Teilnahme verweigert
☐ Patientin zum Zeitpunkt der Erhebung nicht erreichbar
☐ Komatös – Zustand zu schlecht
☐ Terminal (Modul beendet)

Die Fragen 3 bis 9 sind für alle Teilnehmer/Patienten obligatorisch

3 Geburtsdatum Tag Monat Jahr **4 Geschlecht** Mann ☐ Frau ☐**5 Datum der Einweisung/Aufnahme** Tag Monat Jahr **6 Wurde der Patientin in den vergangenen zwei Wochen operiert?** ☐ Ja ☐ Nein (Bitte mit Frage 8 fortfahren)**7 Wenn ja (Patientin wurde operiert), Dauer der Operation:** Stunden Minuten **8 Welches Krankheitsbild bzw. welchen Pflegebedarf hat der Patientin? (Es sind mehrere Antworten möglich)**

- | | |
|--|--|
| ☐ Infektionskrankheit | ☐ Erkrankung des Verdauungstrakts einschließlich Darmobstruktion, Peritonitis, Hernie, Leber, Gallenblase |
| ☐ Krebs | ☐ Erkrankung der Nieren/Harnwege, Geschlechtsorgane |
| ☐ Endokrine, Ernährungs- oder Stoffwechselerkrankung | ☐ Hauterkrankung |
| ☐ Diabetes mellitus | ☐ Erkrankung des Bewegungsapparates |
| ☐ Blutkrankheit oder Erkrankung eines blutbildenden Organs | ☐ Kongenitale Abweichungen |
| ☐ Psychische Störung | ☐ Unfallverletzung(en) und unerwünschte Unfallfolgen |
| ☐ Demenz | ☐ Totale Hüftprothese |
| ☐ Erkrankung des Nervensystems, mit Ausnahme von Schlaganfällen | ☐ Angewiesen auf Hilfe im täglichen Leben |
| ☐ Erkrankung am Auge/Ohr | ☐ Angewiesen auf Hilfe im Haushalt |
| ☐ Querschnittsläsion | ☐ Sonstiges |
| ☐ Herz- und Gefäßerkrankung | ☐ Keine genaue(n) Diagnose(s) möglich |
| ☐ Schlaganfall/Hemiparese | |
| ☐ Atemwegserkrankung, einschließlich Nase und Tonsillen | |

Pflegeabhängigkeitsskala (PAS)

9 Kreuzen Sie bitte für jede Aktivität an, in welchem Ausmaß der Bedürftige auf die Pflege durch andere angewiesen ist:

Essen und Trinken: Der Betroffene ist in der Lage, selbstständig zu essen und zu trinken	☐	☐	☐	☐	☐
Kontinenz: Der Betroffene verfügt über die Fähigkeit, die Ausscheidung von Urin und Fäkalien willkürlich zu kontrollieren	☐	☐	☐	☐	☐
Körperhaltung: Der Betroffene ist in der Lage, bei bestimmten Aktivitäten eine passende Körperhaltung einzunehmen	☐	☐	☐	☐	☐
Mobilität: Der Betroffene ist körperlich in der Lage, sich selbstständig fortzubewegen	☐	☐	☐	☐	☐
Tages- und Nachtrhythmus: Die Art des Schlaf-Wachverhaltens (Biorhythmus) des Betroffenen	☐	☐	☐	☐	☐
An- und Auskleiden: Der Betroffene verfügt über die Fähigkeit, sich selbstständig an- und auszukleiden	☐	☐	☐	☐	☐
Körpertemperatur: Der Betroffene ist in der Lage, die eigene Körpertemperatur selbstständig vor externen Einflüssen zu schützen	☐	☐	☐	☐	☐
Körperpflege: Der Betroffene ist in der Lage, selbstständig für die eigene Körperpflege zu sorgen	☐	☐	☐	☐	☐
Vermeiden von Gefahren: Der Betroffene ist in der Lage, selbstständig für die eigene Sicherheit zu sorgen	☐	☐	☐	☐	☐
Kommunikation: Der Betroffene ist in der Lage, zu kommunizieren	☐	☐	☐	☐	☐
Kontakte mit anderen: Der Betroffene ist in der Lage, soziale Kontakte zu knüpfen, zu unterhalten und abzubauen	☐	☐	☐	☐	☐
Sinn für Regeln und Werte: Der Betroffene ist in der Lage, Verhaltensregeln einzuhalten	☐	☐	☐	☐	☐
Alltagsaktivitäten: Der Betroffene ist in der Lage, die täglichen Aktivitäten selbstständig auszuführen	☐	☐	☐	☐	☐
Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung: Der Betroffene ist in der Lage, selbstständig an Aktivitäten teilzunehmen	☐	☐	☐	☐	☐
Lernfähigkeit: Der Betroffene ist in der Lage, sich Kenntnisse/Fertigkeiten selbstständig anzueignen und das Erlernte beizubehalten	☐	☐	☐	☐	☐

völlig abhängig
überwiegend abhängig
teilweise abhängig
überwiegend unabhängig
völlig unabhängig



Universität Maastricht

1/2 b.w.

AT2009APR © 2009 Universität Maastricht

3c 10 Derzeitiges Gewicht des Patienten in kg ,

3c 11 Derzeitige Körpergröße des Patienten in cm

3c 12 Wann wurde der Patientin zum letzten Mal gewogen?

- ☐ Nicht gewogen
☐ Bei der Einweisung
☐ Gestern/heute
☐ Vergangene Woche
☐ Vergangenen Monat
☐ Vor über einem Monat

3c 13 Hat der Patientin in den vergangenen Monaten unbeabsichtigt/ungewollt abgenommen?

- ☐ Ja
☐ Nein (Bitte mit Frage 15 fortfahren)
Unbekannt, Grund:
☐ Der Patientin möchte nicht zu seinem Ernährungszustand befragt werden (Bitte mit Frage 15 fortfahren)
☐ Aus anderen Gründen unbekannt (Bitte mit Frage 15 fortfahren)

14 Wenn der Patientin in den vergangenen Monaten unbeabsichtigt/ungewollt abgenommen hat und bei Frage 10 das Körpergewicht eingetragen wurde: Was hat der Patientin vorher gewogen? (Bitte unbedingt mindestens eine Messung angeben)

Vor 1 Monat: , kg ☐ Gewogen
☐ Geschätzt
☐ Unbekannt

Vor 3 Monaten: , kg ☐ Gewogen
☐ Geschätzt
☐ Unbekannt

Vor 6 Monaten: , kg ☐ Gewogen
☐ Geschätzt
☐ Unbekannt

3a 15 Ist beim Patienten Dekubitus festgestellt worden?

- Ja, höchster Grad:
☐ Grad 1 ☐ Grad 2 ☐ Grad 3 ☐ Grad 4
☐ Nein (Bitte mit Frage 17 fortfahren)
Unbekannt, Grund:
☐ Der Patientin möchte nicht auf Dekubitus untersucht werden (Bitte mit Frage 17 fortfahren)
☐ Aus anderen Gründen unbekannt (Bitte mit Frage 17 fortfahren)

3a 16 Wann wurde der Dekubitus festgestellt?

- ☐ Vor der Einweisung in die derzeitige Einrichtung (ambulante Pflege: vor dem Pflegezeitraum)
☐ Nach der Einweisung in die derzeitige Einrichtung (ambulante Pflege: während des Pflegezeitraums)

3a 17 Wurden beim Patienten Verletzungen durch Feuchtigkeit festgestellt?

- 3b** ☐ Nein
Ja, Ursache: (Es sind mehrere Antworten möglich)
☐ Urin ☐ Fäkalien ☐ Transpiration ☐ Exsudat
Wann ist die Verletzung durch Feuchtigkeit entstanden?
☐ Vor der Einweisung in die derzeitige Einrichtung (ambulante Pflege: vor dem Pflegezeitraum)
☐ Nach der Einweisung in die derzeitige Einrichtung (ambulante Pflege: während des Pflegezeitraums)

3b 18 Wie häufig verliert der Patientin Urin?

- Wichtiger Hinweis: Wenn der Patientin aufgrund von Urinretention einen Katheter hat, geben Sie bitte "nie" an.
☐ Nie (Bitte mit Frage 24 fortfahren)
☐ Der Patientin hat einen Katheter
☐ Drei bis vier Mal pro Monat (Bitte mit Frage 21 fortfahren)
☐ Einige Male pro Woche (Bitte mit Frage 21 fortfahren)
☐ Täglich (Bitte mit Frage 21 fortfahren)
Unbekannt, Grund:
☐ Der Patientin möchte nicht auf Inkontinenz untersucht werden (Bitte mit Frage 24 fortfahren)
☐ Aus anderen Gründen unbekannt (Bitte mit Frage 24 fortfahren)

3b 20 Wurde der Katheter vor mehr als 14 Tagen angelegt?

- ☐ Ja
☐ Nein
☐ Unbekannt

3b 21 Wann ist die Urininkontinenz entstanden?

- ☐ Vor der Einweisung in die derzeitige Einrichtung (ambulante Pflege: vor dem Pflegezeitraum)
☐ Nach der Einweisung in die derzeitige Einrichtung (ambulante Pflege: während des Pflegezeitraums)

3b 22 Wurde die Urininkontinenz diagnostiziert?

- ☐ Ja
☐ Nein (Bitte mit Frage 24 fortfahren)

3b 19 Wurde der Katheter in dieser organisatorische Einheit angelegt?

- ☐ Ja
☐ Nein
☐ Unbekannt

3b 23 Wenn ja, von wem?

- ☐ Hausarzt
☐ Pflegeheimarzt
☐ Urologe oder Gynäkologe
☐ Pflegefachperson
☐ Unbekannt

3e 24 Ist der Patientin in den vergangenen 30 Tagen gestürzt?

- ☐ Ja
☐ Nein
☐ Unbekannt

3e 25 Wurde der Patientin in den vergangenen 7 Tagen fixiert?

- ☐ Ja
☐ Nein (Modul beendet)
☐ Unbekannt (Modul beendet)

3e 26 Welche Methoden für freiheitsentziehende Maßnahmen wurden beim Patienten eingesetzt? (Es sind mehrere Antworten möglich)

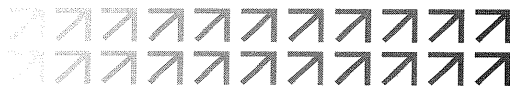
- ☐ Bettgitter ☐ Domotika
☐ Patientenschutzdecke ☐ Verhaltensbeeinflussender Medikation
☐ Bettgurt ☐ Individuelle Verabredungen
☐ Stuhlgurt ☐ Sonstiges
☐ (Roll-)stuhl mit Tisch
☐ Nach hintengekippter Stuhl (Siestalage)
☐ Isolation/Separation

Überprüfen Sie bitte, ob alle Fragen vollständig ausgefüllt sind.





Landesweite Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten



Patientengebundene Daten

Code der Einrichtung

Code des Wohnbereichs

Dekubitus

Code des Patienten

3a

1 Risikoskala (Für weitere Hinweise zur Bradenskala siehe Karte Anhang)

Sensorisches Empfindungsvermögen

- ☐ 1 Fehlt
- ☐ 2 Stark eingeschränkt
- ☐ 3 Leicht eingeschränkt
- ☐ 4 Vorhanden

Ernährung

- ☐ 1 Sehr schlechte Ernährung
- ☐ 2 Mäßige Ernährung
- ☐ 3 Ausreichend Ernährung
- ☐ 4 Gute Ernährung

Mobilität

- ☐ 1 Komplett immobil
- ☐ 2 Stark eingeschränkt
- ☐ 3 Gering eingeschränkt
- ☐ 4 Mobil

Aktivität

- ☐ 1 Bettlägerig
- ☐ 2 Sitzt auf einem Stuhl
- ☐ 3 Geht wenig
- ☐ 4 Geht regelmäßig

Feuchtigkeit

- ☐ 1 Ständig feucht
- ☐ 2 Oft feucht
- ☐ 3 Manchmal feucht
- ☐ 4 Selten feucht

Reibe- und Scherkräfte

- ☐ 1 Aktuelles Problem
- ☐ 2 Potentielles Problem
- ☐ 3 Kein Problem zurzeit

2 Präventive Maßnahmen Dekubitus (Bitte alle Maßnahmen ankreuzen, die zur Anwendung kommen)

- ☐ Wechsellagerung oder Positionswechsel gemäß Zeitschema
- ☐ Prävention und Beheben von Flüssigkeits- und Ernährungsdefiziten
- ☐ Informieren des Patienten und der pflegenden Angehörigen
- ☐ Entlastung der Ferse
- ☐ Massagen zur besseren Durchblutung
- ☐ Cremes zum Schutz der Haut
- ☐ Sonstiges
- ☐ Keine

3 Betten und Matratzen als Präventivmaßnahme

- ☐ Keine Antidekubitusmatratze/Bett
- ☐ Air-Fluidized System
- ☐ Low-Air-Loss System
- ☐ Wechseldruckmatratze
- ☐ Luftkissenbett
- ☐ Schaumstoffmatratze
- ☐ Sonstiges

4 (Roll-) Stuhlkissen als Präventivmaßnahme

- ☐ Kein Antidekubituskissen
- ☐ Gelkissen
- ☐ Luftkissen
- ☐ Noppenkissen
- ☐ Schaumstoffkissen
- ☐ Sonstiges

5 Sonstige Hilfsmittel (Bitte alle Maßnahmen ankreuzen, die zur Anwendung kommen)

- ☐ Ellenbogenschutz
- ☐ Fersenschutz
- ☐ Felle
- ☐ Sonstige
- ☐ Keine

6 Wurde beim PatientIn Dekubitus festgestellt?

- ☐ Ja
- ☐ Nein (Modul beendet)



Universiteit Maastricht

1/2 b.w.

AT2009APR © 2009 Universiteit Maastricht

Nur bei Patienten mit Dekubitus auszufüllen

Grad	Kreuzbein	Ferse		Knöchel		Ellenbogen		Gesäß		Hüfte		Ohr		Kopf		Schulterblatt		Sonstiges	
		L	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	R
1	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dekubitus seit wann	Kreuzbein	Ferse		Knöchel		Ellenbogen		Gesäß		Hüfte		Ohr		Kopf		Schulterblatt		Sonstiges	
		L	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	R
< 2 Wochen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
> 2 Wochen < 3 Monate	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
> 3 Monate < 6 Monate	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
> 6 Monate < 12 Monate	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
> 1 Jahr	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Entstehungsort des Dekubitus	Kreuzbein	Ferse		Knöchel		Ellenbogen		Gesäß		Hüfte		Ohr		Kopf		Schulterblatt		Sonstiges	
		L	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	R
Unbekannt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Diese Station/Bereich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Andere Station/Bereich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Andere Einrichtung																			
Krankenhaus	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pflegeheim	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Rehabilitationszentrum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Einrichtung für körperlich Behinderte	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Einrichtung für geistig Behinderte	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Psychiatrie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Zu Hause	☐ </																		



Landesweite Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten



Patientengebundene Daten

Code der Einrichtung

Code der Abteilung

Inkontinenz

Code des Patienten

3b

1 Ist beim Patienten von Urininkontinenz die Rede?

- ☐ Nie (Bitte mit Frage 7 fortfahren)
☐ Ja (Bitte mit Frage 2 fortfahren)
Der PatientIn hat folgenden Katheter:
☐ Urethalkatheter (Bitte mit Frage 5 fortfahren)
☐ Kondomkatheter (Bitte mit Frage 5 fortfahren)
☐ Suprapubischer Katheter (Bitte mit Frage 5 fortfahren)

2 Wann tritt die Inkontinenz auf?

- ☐ Tagsüber
☐ Nachts
☐ Tagsüber und nachts

3 Wie lange ist der PatientIn urininkontinent?

- ☐ Kürzer als 3 Monate
☐ 3 bis 12 Monaten
☐ Länger als 1 Jahr

4 Welche Menge an Urin verliert der PatientIn?

- ☐ Wenige Tropfen
☐ Einige ml
☐ Kompletter Harnabgang

5 Wurde eine Urininkontinenz diagnostiziert?

- ☐ Nein, nicht diagnostiziert
Ja, es wurde folgende Inkontinenz diagnostiziert
☐ Belastungsinkontinenz
☐ Dranginkontinenz
☐ Mischinkontinenz – insbesondere Belastungsinkontinenz
☐ Mischinkontinenz – insbesondere Dranginkontinenz
☐ Funktionale Inkontinenz
☐ Überlaufinkontinenz
☐ Komplette Inkontinenz

6 Welche pflegerische Inkontinenzmaßnahmen wurden ergriffen? (Es sind mehrere Optionen möglich)

- ☐ Anpassung der Umgebung
☐ Angepasste/leichte Bekleidung
☐ Medikation
☐ Auswertung der Medikation
☐ Blasentraining/Training der Beckenbodenmuskulatur/
Muskelentspannungsübungen
☐ Regelmäßiger Toilettengang zu festen
Zeiten auf individueller Grundlage Zahl/24 Std _____
☐ Regelmäßiger Toilettengang zu festen
Zeiten auf der Station Zahl/24 Std _____
☐ Inkontinenzeinlagen Zahl/24 Std _____
☐ Waschbare Inkontinenzeinlagen Zahl/24 Std _____
☐ Inkontinenzslips/Pants Zahl/24 Std _____
☐ Inkontinenzbetteinlagen Zahl/24 Std _____
☐ Waschbare Betteinlagen Zahl/24 Std _____
☐ Sonstige
☐ Keine besonderen Maßnahmen (zum Beispiel bei einem
Katheter)

7 Wie häufig tritt beim Patienten Stuhlinkontinenz auf?

- ☐ Drei bis vier Mal pro Monat ☐ Täglich
☐ Einige Male pro Woche ☐ Nie (Bitte mit Frage 9 fortfahren)

8 Wie lange ist der PatientIn stuhlinkontinent?

- ☐ Kürzer als 3 Monate
☐ 3 bis 12 Monaten
☐ Länger als 1 Jahr

9 Leidet der PatientIn an inkontinenzbedingten Verletzungen?

- ☐ Ja ☐ Nein (Bitte mit Frage 12 fortfahren)

10 Geben Sie nachfolgend die Stelle (es sind mehrere Antworten möglich), die Dauer und die Art (nur 1 Antwort pro Stelle) der Verletzungen an:

Stelle		Urin		Fäkalien	
		☐	☐	☐	☐
Rechts und/oder links der Analfalte		☐	☐	☐	☐
Am Steißbein: Analfalte		☐	☐	☐	☐
Leiste		☐	☐	☐	☐
Labia		☐	☐	☐	☐
Scrotum		☐	☐	☐	☐
Sonstiges		☐	☐	☐	☐
Dauer	>1 <2 Tage	☐	☐	☐	☐
(die schwerste)	>2 <7 Tage	☐	☐	☐	☐
Verletzung)	>7 Tage	☐	☐	☐	☐
Wann entstanden	Vor der Einweisung in die eigene	☐	☐	☐	☐
(die schwerste)	Einrichtung (ambulante Pflege: vor				
Verletzung)	dem Pflegezeitraum)				
	Nach der Einweisung in die eigene	☐	☐	☐	☐
	Einrichtung (ambulante Pflege: wä-				
	hrend des Pflegezeitraums)				

11 Spezielle Hautpflege zur Behandlung inkontinenzbedingter Verletzungen?

- ☐ Ja ☐ Nein

12 Spezielle Hautpflege zur Prävention inkontinenzbedingter Verletzungen?

- ☐ Ja ☐ Nein



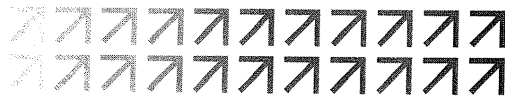
Universiteit Maastricht

1/1

AT2009APR © 2009 Universiteit Maastricht



Landesweite Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten



Patientengebundene Daten

Code der Einrichtung

Code der Abteilung

Mangelernährung

Code des Patienten

3c

1 Klinisches Bild des Patienten.

- ☐ Nicht Mangelernährt (normales Aussehen, weder dick noch abgemagert)
- ☐ Adipositas/Übergewicht
- ☐ Mangelernährt (mager, abgemagert)

2 Der PatientIn hat über 3 Tage nicht mehr oder kaum noch gegessen.

- ☐ Ja
- ☐ Nein

3 Der PatientIn hat seit über 1 Woche weniger gegessen als normal.

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Wenn auf 2 und 3 mit 'nein' geantwortet ist, bitte mit Frage 5 fortfahren

4 Aus welchem Grund hat der PatientIn weniger gegessen als normal? (Es sind mehrere Antworten möglich)

- ☐ Appetitlosigkeit
- ☐ Übelkeit
- ☐ Probleme beim Kauen
- ☐ Probleme beim Schlucken
- ☐ Akute Erkrankung
- ☐ Schmerzen
- ☐ Sonstiges

5 Unbeabsichtigter Gewichtsverlust:

Über 6 kg in den vergangenen 6 Monaten?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Über 3 kg im vergangenen Monat?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

6 Wurde der Ernährungszustand des Patienten bei der Einweisung von Pflegenden erfasst?

- ☐ Ja
- ☐ Nein (Bitte mit Frage 8 fortfahren)

7 Welche Aspekte wurden beim Erfassung des Ernährungszustands untersucht? (Es sind mehrere Antworten möglich)

- ☐ Gewicht
- ☐ Erfassung auf Mangelernährung (MNA, MUST usw.)
- ☐ Gewichtsverlauf
- ☐ Klinischer Blick
- ☐ Biochemische Parameter
- ☐ Sonstiges
- ☐ Unbekannt

8 Wie oft findet Überwachung des Gewichtes statt?

- ☐ Wöchentlich
- ☐ Monatlich
- ☐ Wenn sich der Zustand der PatientIn verändert
- ☐ Nicht
- ☐ Unbekannt

9 Wie oft findet die Überwachung der Intake/Aufnahme (Flüssigkeit und Nahrung) statt?

- ☐ Täglich
- ☐ Wöchentlich
- ☐ Wenn sich der Zustand der PatientIn verändert
- ☐ Nicht
- ☐ Unbekannt

BITTE UNBEDINGT ALLE FRAGEN AUSFÜLLEN!

10 Wurden Körperlänge und Gewicht des Patienten auf dem allgemeinen Fragebogen (Modul 3) der Erhebung bereits ausgefüllt?

- ☐ Ja
- ☐ Nein (Bitte in Frage 10 und 11 in Modul 3 Körperlänge und Gewicht des Patienten eintragen oder mit Frage 13 fortfahren)

11 Ist der PatientIn schwer erkrankt und hat der PatientIn im vergangenen Zeitraum > 5 Tage nicht gegessen oder ist davon auszugehen, dass er in den kommenden Tagen keine Nahrung zu sich nehmen wird?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

12 Hat der PatientIn in den vergangenen 3-6 Monaten unbeabsichtigt an Gewicht verloren?

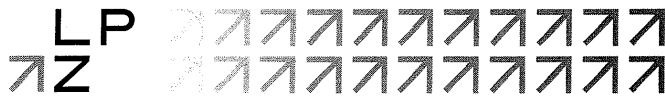
- ☐ Nein
- ☐ Ja, < 5%
- ☐ Ja, 5-10%
- ☐ Ja, >10%



Universiteit Maastricht

1/2 b.w.

AT2009APR © 2009 Universiteit Maastricht



Landesweite Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten

Patientengebundene Daten

3c

Mangelernährung

13 Eingeleitete Maßnahmen

	Ja	Nein
• DiätassistentIn eingeschaltet	☐	☐
• Energiereiche (proteinreiche) Diät	☐	☐
• Energiereiche Zwischenmahlzeiten	☐	☐
• Orale Nahrungsergänzung (Flüssignahrung und Nahrungsergänzungsmittel)	☐	☐
• Sondennahrung	☐	☐
• Parenterale Ernährung	☐	☐
• Angepasste Konsistenz (passiert, eingedickt)	☐	☐
• Der PatientIn bekommt mindestens 1 bis 1,5 l Flüssigkeit p/Tag	☐	☐
• Keine Maßnahmen: (z.B. PatientIn komatös, schwerkrank oder terminal)	☐	☐
• Palliative Maßnahmen	☐	☐

14 Hat der PatientIn Probleme mit Schlucken?

- ☐ Ja
☐ Nein



Landesweite Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten

Patientengebundene Daten

Code der Einrichtung

Code der Abteilung

Intertrigo

Code des Patienten

3d

1 An welchen Stellen ist der PatientIn an Intertrigo erkrankt?

(Es sind mehrere Antworten möglich)

- ☐ Keine (Bitte mit Frage 3 fortfahren)
- ☐ Rechte Brustfalte
- ☐ Linke Brustfalte
- ☐ Rechte Leistenregion
- ☐ Linke Leistenregion
- ☐ Rechte Achsel
- ☐ Linke Achsel
- ☐ Analfalte
- ☐ Bauchfalte
- ☐ Sonstige Hautfalten

2 Wann ist die jüngste betroffene Stelle entstanden?

- ☐ Vor der Einweisung in die derzeitige Einrichtung
(ambulante Pflege: vor dem Pflegezeitraum)
- ☐ Nach der Einweisung in die derzeitige Einrichtung
(ambulante Pflege: während des Pflegezeitraums)

3 Welche pflegerische Maßnahmen zur Prävention/Behandlung von Intertrigo wurden ergriffen? (Es sind mehrere Antworten möglich)

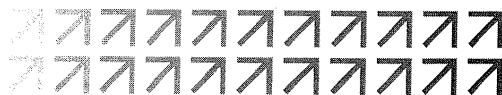
- ☐ Keine
- ☐ Gespräche mit dem Patienten über Präventivmaßnahmen
- ☐ Einschalten eines ExpertenIn
- ☐ Tragen von unterstützender/absorbierender/Baumwollbekleidung
- ☐ Auflegen von schützendem Material zwischen den Hautfalten
- ☐ Auftragen von Zinksalbe, lokal wirkenden Präparaten gegen Schimmelinfectionen, Hautschutzsprays oder Hautschutzcreme
- ☐ Auftragen von Pulver oder Pasten
- ☐ Hautfalten täglich waschen und gründlich trocken tupfen
- ☐ Waschen ohne Seife oder mit einer pH-neutralen Seife
- ☐ Tägliche Beobachtung der Haut und Hautfalten
- ☐ Anwendung eines Föhns
- ☐ Sonstiges



Universiteit Maastricht

1/1

AT2009APR © 2009 Universiteit Maastricht



Code der Einrichtung

Code der Abteilung

Landesweite Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten

Patientengebundene Daten

Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen

Code des Patienten

3e**1 Ist der PatientIn in den vergangenen 30 Tagen gestürzt?**

- ☐ Ja
☐ Nein (Bitte mit Frage 11 fortfahren)
☐ Unbekannt (Bitte mit Frage 11 fortfahren)

2 Wie oft ist der PatientIn in den vergangenen 30 Tagen gestürzt?

- ☐ 1x
☐ 2x
☐ 3x
☐ >3x
☐ Unbekannt

3 Wann ist der PatientIn in den vergangenen 30 Tagen zum letzten Mal gestürzt?

- ☐ Vor der Einweisung in die derzeitige Einrichtung
(ambulante Pflege: vor dem Pflegezeitraum)
☐ Nach der Einweisung in die derzeitige Einrichtung
(ambulante Pflege: während des Pflegezeitraums)

4 Stehen über den jüngsten Sturz Angaben zur Verfügung?

- ☐ Ja
☐ Nein (Bitte mit Frage 11 fortfahren)

5 Zeitpunkt des Sturzes

- ☐ 07.01 - 14.00 Uhr
☐ 14.01 - 22.00 Uhr
☐ 22.01 - 07.00 Uhr

6 Sturzort

- | | |
|--|-------------------------------------|
| ☐ Unbekannt | ☐ Wohnzimmer |
| ☐ Schlafzimmer | ☐ Treppe |
| ☐ Badezimmer/Toilette | ☐ Draußen |
| ☐ Flur | ☐ Sonstiges |
| ☐ Küche | |

7 Welche Aktivität führte der PatientIn gerade aus, als sich der Sturz ereignete?

- ☐ Unbekannt
☐ Laufen oder Stehen ohne Hilfsmittel
☐ Laufen oder Stehen mit Hilfsmittel
☐ Liegen/Sitzen im Bett
☐ Sitzen
☐ Sonstiges

8 Was war die Hauptursache des Sturzes?

- ☐ Unbekannt
☐ Körperliche Gesundheitsprobleme
☐ Psychische Gesundheitsprobleme
☐ Externe Faktoren

9 Hat der Sturz beim Patienten Verletzungen verursacht?

- ☐ Ja
☐ Nein (Bitte mit Frage 11 fortfahren)

10 Welche Verletzungen hatte der Sturz zur Folge?

- ☐ Minimale Verletzungen (gesundheitliche Folgen, die keiner medizinischen Behandlung bedürfen; blaue Flecken, leichte Schürfwunden)
☐ Mittlere Verletzungen (Prellungen, Schnittwunden, die genäht werden müssen, schwere Schürfwunden, die eine Wundpflege erforderlich machen)
☐ Schwere Verletzungen (Arm- oder Beinfraktur, Kopfverletzungen)
☐ Hüftfraktur

11 Hat der PatientIn Angst, zu stürzen?

- ☐ Ja
☐ Nein

12 Vermeidet der PatientIn Aktivitäten?

- ☐ Ja
☐ Nein

13 Welche Maßnahmen zur Sturzprävention wurden beim Patienten ergriffen? (Es sind mehrere Antworten möglich)

- ☐ Keine
☐ Auswertung der Medikation
☐ Übungstherapie
☐ Auswertung der Hilfsmittel
☐ Alarmierung (Sensormatte, Alarmsensor, Alarmklingel)
☐ Untersuchung des Visus
☐ Auswertung des Tagesprogramms
☐ Beaufsichtigung
☐ Absprachen (mit dem Patienten, pflegenden Angehörigen, Mitarbeitern)
☐ Anpassen der Umgebung
☐ Sonstiges

14 Welche Maßnahmen zur Verletzungsprävention wurden beim Patienten ergriffen? (Es sind mehrere Antworten möglich)

- ☐ Keine
☐ Kopfschutz
☐ Schiene/Stütze
☐ Hüftschutz hart
☐ Hüftschutz weich
☐ Stärkung der Knochen
☐ Sonstiges



Universiteit Maastricht

1/2

AT2009APR © 2009 Universiteit Maastricht



Landesweite Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten

Patientengebundene Daten

Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen

3e

15 Wurde der PatientIn in den vergangenen 7 Tagen fixiert?

- ☐ Ja
- ☐ Nein (*Modul beendet*)
- ☐ Unbekannt (*Modul beendet*)

16 Wer initiierte die Anwendung der freiheitsentziehenden Maßnahmen?

- ☐ der VertreterIn/Angehörige
- ☐ eine Pflegefachperson/Arzt

17 Was war der Hauptgrund für die freiheitsentziehenden Maßnahmen des Patienten?

- ☐ Unbekannt
- ☐ Sturzprävention
- ☐ Ermöglichung der medizinischen Behandlung
- ☐ Umherirren des Patienten
- ☐ Aggressives Verhalten
- ☐ Sonstiges

18 Haben die freiheitsentziehenden Maßnahmen zu Verletzungen geführt?

- ☐ Ja
- ☐ Nein (*Modul beendet*)

19 Welche Verletzungen wurden durch die freiheitsentziehenden Maßnahmen beim Patienten verursacht?

- ☐ Minimale Verletzungen (blaue Flecken, leichte Schürfwunden)
- ☐ Mittlere Verletzungen (schwere Schürfwunden, Schnittverletzungen)
- ☐ Schwere Verletzungen (Frakturen, Kopfverletzungen)



Universiteit Maastricht

2/2

AT2009APR © 2009 Universiteit Maastricht

Kontaktadresse

Sandra Schüssler, DPGKS, BSc.
sandrakoschier@hotmail.com