Masterarbeit

Freiheitsentziehende Maßnahmen bei PatientInnen und BewohnerInnen in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen

Prävalenz, Gründe und Pflegeabhängigkeit

Eingereicht von Denise Kainbacher, BSc

Mat. Nr. 0533496

zur Erlangung des Akademischen Grades

Master of Science

(MSc)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Pflegewissenschaft

unter Anleitung der Betreuerin

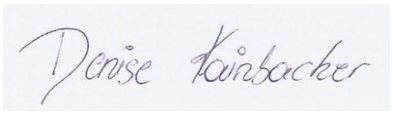
Univ. Prof.in Dr.in rer.cur. Christa Lohrmann

Graz, am 08.09.2011

Eidesstattliche Erklärung

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

Graz, am 08.09.2011



Danksagung

Ich möchte mich zuallererst bei meiner Betreuerin Univ. Prof.in Dr.in rer.cur. Christa Lohrmann bedanken, die mir im Laufe meiner Arbeit immer bei Fragen und Unklarheiten mit wichtigen Ratschlägen zur Seite stand.

Auch meiner Familie möchte ich Dank aussprechen, da sie es mir ermöglicht hat, zu studieren und mich auch in der Zeit der Masterarbeit unterstützt hat.

„Gute Freunde geben dir den Schubs,
den du brauchst, um in Schwung zu kommen,
und ziehen die Notbremse,
bevor du einen Überschlag machst.“
(Helga Schäferling)

Deshalb möchte ich mich von ganzem Herzen bei meinen MitbewohnerInnen bedanken, die immer ein offenes Ohr für meine Probleme hatten und mir immer geholfen haben, wenn es einmal schwierig wurde. Hierbei möchte ich Karo hervorheben, durch die ich in der Zeit meiner Arbeit sehr viel Unterstützung erfuhr und die mir auch bei Fragen aller Art geholfen hat.

Des Weiteren möchte ich mich bei den Mittwochsfrauen bedanken, die mich bei unseren wöchentlichen Treffen immer auf neue Ideen gebracht und mir meine Fragen immer geduldig beantwortet haben.

Mein größter Dank aber gilt meinem Paulie, der mich die ganze Studienzeit und auch in der Phase meiner Masterarbeit immer zu 100 Prozent unterstützt hat, mir zugehört und immer ein offenes Ohr für jede einzelne Kleinigkeit hatte und immer sehr geduldig mit mir war. Deiner Motivation habe ich es zu einem großen Teil zu verdanken, dass ich nun diese Arbeit vollendet habe. Ich danke dir!

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung I
Danksagung II
Glossar VI
Abkürzungsverzeichnis VIII
Abbildungsverzeichnis IX
Tabellenverzeichnis X
Zusammenfassung XI
Abstract XII
Einleitung 1
1.1. Gesetzliche Grundlagen 2
1.1.1 Das Heimaufenthaltsgesetz 2
1.1.2 Das Unterbringungsgesetz 2
1.1.3 Bundesverfassungsgesetz über den Schutz der persönlichen Freiheit 2
1.2. Definition Freiheitsentziehende Maßnahmen 3
1.3. Arten der Freiheitsentziehenden Maßnahmen 3
1.3.1. physische Maßnahmen 3
1.3.2. mechanische Maßnahmen 3
1.3.2. technische Überwachung 3
1.3.3. chemische Maßnahmen 4
1.3.4. psychologische Maßnahmen 4
1.4. Prävalenz 4
1.5. Charakteristika von FEM-PatientInnen 5
1.5.1. Sturz und die Anwendung von FEM 5
1.6. Risikofaktoren für die Anwendung von Freiheitsentziehenden Maßnahmen 6
1.7. Folgen von FEM 7
1.7.1. Direkte Verletzungen: 7
1.7.2. Indirekte Verletzungen: 7
1.8. Arten von FEM 8
1.9. Anordnung von FEM 8
1.9.1. Gründe für die Anordnung von FEM 9
1.10 Barrieren bei der Reduzierung von FEM 10
1.10.1. Alternativen 10
1.11. Finanzielle Aspekte 10
1.12. Pflegeabhängigkeit 11
1.12.1. Definition 11

2. Literaturrecherche 13
2.1. Vorgehensweise 13
2.1.1. Ein- und Ausschlusskriterien 13
2.1.2. Systematische Literaturrecherche 14
2.2. Ergebnisse der Literaturrecherche 16
2.2.1. Internationale Prävalenzstudien zum Thema Freiheitsentziehende Maßnahmen 16
2.2.2. Gründe für die Anwendung von Freiheitsentziehenden Maßnahmen 21
2.2.3. Pflegeabhängigkeit und Anwendung von FEM 23
3. Zielsetzungen und Forschungsfragen 24
4. Methode 24
4.1. Ethik 25
4.2. Studiendesign 26
4.3. Datensammlung 26
4.3.1. Stichprobe 27
4.3.2. Instrument 27
4.4. Datenanalyse 28
5. Ergebnisse 29
5.1. Beschreibung der Stichprobe 29
5.1.1. Alter und Geschlecht 30
5.1.2. Krankheitsbilder/ Pflegebedarf der TeilnehmerInnen 32
5.2. Prävalenz von FEM 34
5.2.1. Fixierte nach Altersgruppen 36
5.2.2. Krankheitsbilder/ Pflegebedarf von fixierten und nicht-fixierten TeilnehmerInnen 36
5.3. Anordnung der FEM 38
5.3.1. Verletzungen nach der Anordnung von FEM 39
5.3.2. Arten von FEM 40
5.4. Gründe für die Anwendung von FEM (N=589) 41
5.4.1 Fixierung und Sturz 42
5.5. Pflegeabhängigkeit und FEM 42
6. Diskussion 45
6.1. Prävalenz von Freiheitsentziehenden Maßnahmen 45
6.1.1. Alter und FEM 46
6.1.2. Verletzungen durch FEM 46
6.1.3. Arten von FEM 47
6.1.4. Krankheitsbilder 47
6.2. Gründe für die Anwendung von FEM 48
6.2.1. Sturz und Fixierung 49

6.3. Pflegeabhängigkeit und FEM 50
6.4. Limitationen 52
Stärken 53
6.5. Schlussfolgerung 54
6.6. Implikationen für die Praxis 54
7. Literaturverzeichnis XIII
8. Anhang XX

Glossar

Agitiertheit: motorische Unruhe als gesteigerter Bewegungsdrang, bei dem affektive Erregung unkontrolliert in Bewegung gesetzt wird (De Gruyter 2002, p. 28)

Assessment: Verfahren zur Einschätzung eines Gesundheitszustandes (Polit & Beck 2008, p. 464)

Benchmarking: Prozess der Ergebnismessung durch eine Einrichtung des Gesundheitswesens, um Vergleiche mit angemessenen nationalen Richtlinien anzustellen (Burns & Grove 2005, p.552)

Chi- Quadrat Test: Zur Analyse nominaler Daten, um die signifikanten Unterschiede zwischen beobachteten Häufigkeiten in den Daten und den erwarteten Häufigkeiten zu bestimmen (Burns & Grove, p.553)

Deskriptives Design: Design, dessen Ziel es ist, ein bestimmtes Phänomen und Variablen innerhalb eines Phänomens zu identifizieren, konzeptionelle und operationale Definitionen von Variablen zu entwickeln und Variablen zu erklären (Burns & Grove 2005, p. 555)

Gelegenheitsstichprobe: Alle verfügbaren Personen werden in die Stichprobe einbezogen (Polit & Beck 2008, p. 750)

Keyword: Ein wichtiger Begriff, der benutzt wird, um Literatur zu einem bestimmten Thema in Datenbanken zu finden (Polit & Beck 2008, p. 765)

Item: Fachsprachliche Bezeichnung für die einzelnen Fragen innerhalb einer Frageliste, wie einer Likertskala (Burns & Grove 2005, p.565)

Literaturübersicht: Zusammenfassung von aktuellen theoretischen und empirischen Quellen, um einen Überblick zu bekommen, was über ein bestimmtes Problem bekannt/ unbekannt ist (Burns & Grove 2005, pp.568)

Median: halbiert eine Verteilung mindestens ordinalskalierter Messwerte (Bortz & Döring 2006, p.733)

Mittelwert: wird errechnet, indem alle Werte addiert und durch die Anzahl der zusammengezählten Werte geteilt wird (Burns & Grove 2005, p.570)

Pflegeheim: stationäre Einrichtungen, in denen mehr als vier Personen gepflegt werden (Bundeskanzleramt RIS, StPHG 2003, §2 (1))

Prävalenz: Eine Maßzahl, die angibt, wie viele Personen (welcher Anteil) einer Zielpopulation zu einem bestimmten Zeitpunkt (Punktprävalenz) bzw. über eine bestimmte Zeitspanne (Periodenprävalenz) an einer bestimmten Krankheit leiden (Bortz & Döring 2006, p.111)

Prävalenzstudie: Eine Querschnittstudie durchgeführt, um einzuschätzen, welcher Anteil einer Population an einem bestimmten Gesundheitszustand zu einem bestimmten Zeitpunkt leidet (Polit & Beck 2008, p.762)

Querschnittstudie: Studiendesign zur gleichzeitigen Untersuchung von Personengruppen in verschiedenen Entwicklungsstadien, mit dem Ziel, über einen bestimmten Zeitraum hinweg, bestimmte Trends beobachten zu können (Burns & Grove 2005, p.575)

Setting: Örtlichkeit, wo die Forschungen durchgeführt werden (Burns & Grove 2005, p.577)

Signifikanzniveau: Alpha (α): Schnittstelle mit der bestimmt wird, ob die untersuchten Stichproben zur selben oder zu verschiedenen Populationen gehören. Alpha wird normalerweise bei 0,05, 0,01 oder 0,001 angesetzt (Burns & Grove 2005, p.550)

Statistische Signifikanz: Ausmaß, in dem die Ergebnisse aller Wahrscheinlichkeit nach nicht auf Zufall beruhen (Burns & Grove 2005, p.578)

Abkürzungsverzeichnis

CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

EMBASE – Excerpta Medical Database

et al. – et alii, und andere

FEM – Freiheitsentziehende Maßnahmen

KH – Krankenhaus

PH – Pflegeheim

PAS – Pflegeabhängigkeitsskala

N – Stichprobengröße, Grundgesamtheit

p – P-Wert

LPZ - Landeljike Prevalentiemeting Zorgproblemen; Europäische Pflegequalitätserhebung

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Systematische Literaturrecherche 15
Abbildung 2: Gründe für die Nichtteilnahme im Krankenhaus (KH) 29
Abbildung 3: Gründe für die Nichtteilnahme im Pflegeheim (PH) 30
Abbildung 4: Geschlechterverteilung nach Einrichtungstyp 31
Abbildung 5: Prävalenz von FEM nach Einrichtungstyp 35
Abbildung 6: Geschlechterverteilung von fixierten TeilnehmerInnen 35
Abbildung 7: Anordnung von FEM nach Einrichtungstyp 38
Abbildung 8: Verletzungen nach Einrichtungstyp 39
Abbildung 9: Sturz bei Fixierten hinsichtlich des Einrichtungstyps 42
Abbildung 10: Pflegeabhängigkeit von Fixierten nach Einrichtungstyp 43
Abbildung 11: Pflegeabhängigkeit von Fixierten/nicht Fixierten 44

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ergebnisse von internationalen Prävalenzstudien 17
Tabelle 2: Mittelwerte des Alters und die Geschlechterverteilung in den Einrichtungen 30
Tabelle 3: Krankheitsbilder nach Einrichtungstyp.....32
Tabelle 4: Prävalenz von FEM nach Einrichtungstyp.....34
Tabelle 5: Fixierte TeilnehmerInnen nach Altersgruppen und Einrichtungstyp 36
Tabelle 6: Krankheitsbilder von nicht Fixierten/Fixierten 37
Tabelle 7: Arten von FEM nach Einrichtungstyp 40
Tabelle 8: Gründe für die Anwendung von FEM nach Einrichtungstyp.....41
Tabelle 9: Summenwerte der Pflegeabhängigkeitsskala bei nicht-fixierten und fixierten TeilnehmerInnen im Krankenhaus und Pflegeheim.....42

Zusammenfassung

Freiheitsentziehende Maßnahmen werden sowohl im Krankenhaus als auch im Pflegeheim, trotz ihres umstrittenen Effektes, sehr häufig angewendet. Durch die Anwendung von FEM kann es sowohl bei den Betroffenen als auch bei deren Angehörigen zu schwerwiegenden physischen und psychischen Konsequenzen, wie Mobilitätsverringerung, Nervenverletzungen und Gefühlen des Freiheitsverlustes kommen. Die beschriebenen internationalen Prävalenzraten im Krankenhaus liegen zwischen 3,4% und 21% und im Pflegeheim zwischen 12% und 47%. Die Prävalenzraten im Pflegeheim sind allgemein höher und auch bei der österreichischen Prävalenzerhebung 2009 lagen die Prävalenzraten im Pflegeheim bei 34,6% im Gegensatz zum Krankenhaus mit 7,2%.

Jedoch ist der Vergleich zwischen verschiedenen Prävalenzstudien aufgrund von unterschiedlichen Definitionen, Erhebungsmethoden und –zeiträumen sehr schwierig.

Diese Arbeit zielt darauf ab, die Häufigkeit der Anwendung von FEM in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen zu erheben. Ein weiteres Ziel ist die Erhebung der Gründe für die Anwendung von FEM und die Einschätzung der Pflegeabhängigkeit der TeilnehmerInnen. Insgesamt wurden die Daten von 3838 TeilnehmerInnen in jeweils 18 Krankenhäusern und Pflegeheimen ausgewertet.

Die Prävalenz von Freiheitsentziehenden Maßnahmen im Krankenhaus liegt in dieser Arbeit bei 6,3% und im Pflegeheim bei 29,2% und es wurde ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Einrichtungstypen herausgefunden. Ferner wurden die Gründe für die Anwendung von FEM erhoben. Hierbei wurde festgestellt, dass sowohl im Krankenhaus als auch im Pflegeheim die Sturzprävention als häufigster Grund für die Anwendung von FEM angegeben wurde. Weitere Gründe waren die Vermeidung von aggressivem Verhalten und das Ermöglichen der medizinischen Behandlung.

Der Vergleich der Pflegeabhängigkeit zwischen Fixierten und Nicht Fixierten wurde herausgefunden, dass fixierte TeilnehmerInnen insgesamt pflegeabhängiger waren als Nicht-Fixierte. Ferner waren BewohnerInnen im Pflegeheim insgesamt pflegeabhängiger als KrankenhauspatientInnen. Fixierte TeilnehmerInnnen waren im Gegensatz zu Nicht-Fixierten in den Bereichen Körperpflege, Kontinenz, An- und Auskleiden und Lernfähigkeit eher abhängig. Die Ergebnisse dieser Arbeit untermauern die Ergebnisse früherer Studien und kommen zu ähnlichen Prävalenzraten, wie in anderen internationalen Studien beschrieben. Ferner wurde der Hauptgrund für die Anwendung von FEM, die Sturzprävention, ermittelt, was wieder die Ergebnisse anderer Studien bestätigt.

Durch die Teilnahme an Prävalenzerhebungen kann das Ausmaß der Anwendung von FEM herausgefunden werden und daraufhin Maßnahmen neu geplant oder gegebenenfalls verändert werden, um so die Pflegepraxis zu verbessern und die Pflegequalität in Krankenhäusern und Pflegeheimen zu erhöhen.

Abstract

Although the Effect of Physical restraints is debatable, it is still a frequently used method in hospitals and nursing homes.

There are many psychological and physical consequences for the patients and their relatives that arise through the application of physical restraints. For example decline of mobility, injury of the nerves and feelings of loosing freedom.

The international prevalence rates in hospitals go from 3, 4% to 21% and in nursing homes from 12% to 47%. Generally the prevalence rates in nursing homes are higher than in hospitals. In Austria there was a prevalence study in 2009 and the rate in nursing homes was 34, 6% and in hospitals 7, 2%. It is difficult to compare the different prevalence rates of the studies, because there are different definitions, methods and periods of time in these studies.

One goal of this paper is to show how often physical restraints are used in hospitals and nursing homes in Austria. Another goal is to identify the reasons for the application of physical restraints and the assessment of care dependency of the participants.

This prevalence study was carried out with 18 hospitals and 18 nursing homes and looked at the data of 3838 participants. The prevalence rate of physical restraints was 6, 3% in hospitals and 29, 2% in nursing homes. Thus the difference was statistically significant.

Also the reasons for the application of physical restraints looked at. The most common reason was the prevention of fall in both, in hospitals and in nursing homes. Other reasons were avoidance of aggressive behaviour and to make therapy possible.

Bounded patients compared to non bounded patients were more care dependent. Also participants in nursing homes were more care dependent than those in hospitals.

Bounded patients were more care dependent in areas like personal hygiene, continence, dressing and learning aptitude compared to non bounded patients.

The findings of this work confirm findings of other studies, because the prevalence rates are similarly high. Furthermore the most mentioned reason for application of physical restraints was prevention of fall and this was also the conclusion of other international studies. Only through the participation of hospitals and nursing homes in prevalence studies you can identify the degree of physical restraints and so it is a lot easier to plan new procedures or change them. So it is easier to improve care experience and the quality of care in hospitals and nursing homes.

Einleitung

Seit vielen Jahren verschiebt sich die Altersstruktur in Österreich durch den Rückgang der Geburtenrate Ende des 19. Jahrhunderts zugunsten der älteren Bevölkerung. Ferner nimmt auch der Anteil der Hochbetagten über 85 Jahren innerhalb der Gruppe der alten Menschen zu, da sich auch die Lebenserwartung verlängert hat. Somit waren Anfang 2011 177 650 Personen in Österreich über 85 Jahre alt (Statistik Austria 2010). Durch das höhere Lebensalter kommt es auch vermehrt zu gesundheitlichen Einschränkungen und Multimorbidität. Vor allem bei PatientInnen/BewohnerInnen über 85 Jahren kann es durch die Anwendung von FEM zu einem schnelleren funktionellen Abbau kommen, der als eine der Hauptkomplikationen einer Hospitalisierung gilt (King 2006).
Ferner gaben bei der österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 471 000 Personen an, Problemen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens zu haben. Des Weiteren gab jede dritte Frau und jeder vierte Mann im Alter von 75 Jahren oder mehr an, Probleme mit mindestens einer Aktivität des täglichen Lebens zu haben (Statistik Austria 2007).

Die Anwendung von Freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM) steht in Verbindung mit dem Alter, Geschlecht, Mobilität und dem Einschränkungsgrad in Bezug auf die Aktivitäten des täglichen Lebens (Hamers & Huizing 2005). Die Anwendung von FEM korreliert auch mit gewissen Erkrankungen, wie Demenz, aber auch der kognitive Status und die Funktionalität der PatientInnen haben einen Einfluss auf den Gebrauch von FEM (Meyer et al. 2008, Karlsson et al. 2001, Sullivan-Marx et al. 1999).

Im Rahmen einer österreichweiten Prävalenzerhebung 2009 wurde die Prävalenz von Freiheitsentziehenden Maßnahmen in österreichischen Pflegeheimen und Krankenhäusern untersucht. Es wurde eine Prävalenz von 34,6% im Pflegeheim und 7,2% im Krankenhaus herausgefunden (Lohrmann 2009). Einzelne Studien kommen zu dem Ergebnis, dass die Prävalenz von FEM im Pflegeheim höher ist, als die im Krankenhaus, da die BewohnerInnen im Pflegeheim insgesamt pflegeabhängiger sind (Joanna Briggs Institute 2002).
Die beschriebenen Prävalenzen von FEM im Pflegeheim reichen von 12% bis 47% und im akuten Setting von 3.4% bis 21 Prozent (Joanna Briggs Institute 2002). Es ist überaus wichtig, Prävalenzstudien durchzuführen, da die Prävalenz von FEM auch als Qualitätsindikator für die Pflege von Älteren gesehen wird (Kirkevold, Engedal 2008, Phillips, Hawes, Fries 1993).

1.1. Gesetzliche Grundlagen

In Österreich gibt es zwei fundamentale Gesetze, die die Anwendung von FEM regeln.

1.1.1 Das Heimaufenthaltsgesetz

Das Heimaufenthaltsgesetz, welches seit 1. Juli 2005 in Kraft ist, regelt die Vorraussetzungen und Überprüfungen von Freiheitsbeschränkungen in Alten- und Pflegeheimen, Behindertenheimen und auch in Krankenanstalten, wobei es dort nur bei Personen mit psychischer Krankheit oder geistiger Behinderung, die ständiger Pflege und Betreuung bedürfen, Anwendung findet (Bundeskanzleramt Österreich 2011). Es regelt auch die Voraussetzungen, Dokumentation, Aufklärung der/s Betroffenen und die gerichtliche Überprüfung der Freiheitsbeschränkungen (Bundeskanzleramt Österreich 2011).

Laut diesem Gesetz liegt eine Freiheitsbeschränkung vor, *„wenn eine Ortsveränderung einer betreuten oder gepflegten Person (im Folgenden Bewohner) gegen oder ohne ihren Willen mit physischen Mitteln, insbesondere durch mechanische, elektronische oder medikamentöse Maßnahmen, oder durch deren Androhung unterbunden wird“.* (Bundeskanzleramt Österreich 2011, §3 (1))
Eine Freiheitsbeschränkung liegt laut diesem Gesetz jedoch nicht vor, wenn die/der einsichts- und urteilsfähige Betroffene in die Unterbindung der Ortsveränderung eingewilligt hat (Bundeskanzleramt Österreich 2011).

1.1.2 Das Unterbringungsgesetz

Eine weitere gesetzliche Grundlage zur Regelung von Freiheitsbeschränkungen, stellt das Unterbringungsgesetz, welches 1990 in Kraft getreten ist, dar. Dieses regelt die Freiheitsbeschränkungen von psychisch Kranken in Krankenanstalten und Abteilungen für Psychiatrie. In einer psychiatrischen Abteilung darf laut diesem Gesetz nur untergebracht werden, *„wer an einer psychischen Krankheit leidet und im Zusammenhang damit sein Leben oder seine Gesundheit oder das Leben oder die Gesundheit anderer ernstlich und erheblich gefährdet und nicht in anderer Weise, insbesondere außerhalb einer psychiatrischen Abteilung, ausreichend ärztlich behandelt oder betreut werden kann.“* (Bundeskanzleramt 2011b, §3 (1), §3 (2)).

1.1.3 Bundesverfassungsgesetz über den Schutz der persönlichen Freiheit

Ein weiteres Gesetz, dass man bei diesem Thema miteinbeziehen sollte, ist das Bundesverfassungsgesetz vom 29. November 1988 über den Schutz der persönlichen Freiheit. Dieses Gesetz besagt, dass jedermann das Recht auf Freiheit und Sicherheit, also persönliche Freiheit, hat. Jedoch kann einem Menschen die persönliche Freiheit in gewissen Fällen entzogen werden. Laut Artikel 2 (1) 5. darf jemandem die persönliche Freiheit

entzogen werden, *„wenn Grund zur Annahme besteht, dass er eine Gefahrenquelle für die Ausbreitung ansteckender Krankheiten sei oder wegen psychischer Erkrankung sich oder andere gefährde“* (Bundeskanzleramt Österreich 2011a, Artikel 2 (1.) 5)).
Somit sollte eine Freiheitsentziehung immer das letzte Mittel der Wahl sein, denn wenn gelindere Mittel ausreichen, ist vom Freiheitsentzug abzusehen (Bundeskanzleramt Österreich 2011a, Joanna Briggs Institute 2002).

1.2. Definition Freiheitsentziehende Maßnahmen

„A physical restraint is any manual method or physical or mechanical device, material, or equipment attached or adjacent to the patient's body that he or she cannot easily remove that restricts freedom of movement or normal access to one's body". (HCFA 1999, p.4)

“Eine Freiheitsentziehende Maßnahme ist definiert als jede manuelle Methode oder physisches oder mechanisches Hilfsmittel, Material oder Ausstattung, das am Körper der/des PatientIn oder in der Nähe befestigt wird, von ihr/ ihm nicht ohne Umstände entfernt werden kann, die Bewegungsfreiheit oder den gewöhnlichen Zugang zum Körper beschränkt.“ (HCFA 1999, p.4) [Übersetzung K.D.]

1.3. Arten der Freiheitsentziehenden Maßnahmen

In der Literatur werden verschiedene Arten von Freiheitsentziehenden Maßnahmen unterschieden.

1.3.1. physische Maßnahmen

Unter physischen FEM versteht man das Festhalten, Bewegen oder das Blockieren der Bewegungen der PatientInnen/ BewohnerInnen durch eine oder mehrere Pflegepersonen.

1.3.2. mechanische Maßnahmen

Mechanische FEM schließen die Anwendungen von Hilfsmitteln, wie zum Beispiel Rollstühle mit Tischen oder Gurten und Bettgitter mit ein.

1.3.2. technische Überwachung

Eine weitere Form der FEM stellt die technische Überwachung der PatientInnen/ BewohnerInnen durch Identifizierungsschilder, Druckkissen, Videoüberwachung oder Alarmsysteme der Türen dar. Diese Maßnahmen werden eingesetzt, um die Bewegungen der PatientInnen/ BewohnerInnen zu überwachen oder die Pflegepersonen zu informieren, wenn die PatientInnen/ BewohnerInnen versuchen, die Station zu verlassen.

1.3.3. chemische Maßnahmen

Chemische FEM beinhalten den Einsatz von Medikamenten, um die PatientInnen/ BewohnerInnen beispielsweise in ihren Bewegungen einzuschränken.

1.3.4. psychologische Maßnahmen

Die Hinderung der PatientInnen/ BewohnerInnen an der Durchführung von üblichen Lebensgewohnheiten oder der Entzug von Hilfsmitteln wie Brillen und Gehhilfen wird unter psychologischen Maßnahmen zusammengefasst. Auch das wiederholte Zurechtweisen der PatientInnen/ BewohnerInnen zählt zu dieser Form von FEM (Royal College of Nursing 2008).

Um den Themenbereich dieser Arbeit etwas einzugrenzen, beschäftigt sie sich hauptsächlich mit der Anwendung von physischen und mechanischen Maßnahmen zur Freiheitsentziehung.

1.4. Prävalenz

Die Prävalenz ist eine wichtige epidemiologische Maßzahl und gibt an, wie viele Personen einer Zielpopulation zu einem bestimmten Zeitpunkt (Punktprävalenz) oder über eine bestimmte Zeitspanne (Periodenprävalenz) an einer bestimmten Krankheit leiden.
Sie beziffert die Verbreitung eines bestimmten Phänomens und von dieser hängt es ab, welche Maßnahmen eingeleitet werden müssen, um PatientInnen zu schützen (Bortz & Döring 2006).

Die Prävalenz von FEM in der Literatur variiert, da den Studien oft unterschiedliche Definitionen zugrunde liegen und verschiedene Techniken der Datensammlung angewendet werden. Ferner ist ein Vergleich zwischen verschiedenen Studien auch deshalb nicht möglich, da den Studien unterschiedliche Stichprobengrößen, unterschiedliche Charakteristika der Einrichtungen, verschiedene Gesetzgebungen und Pflegetraditionen zugrunde liegen (Krüger, Meyer & Hamers 2010, Keski-Valkama et al. 2009, Meyer et al. 2008).

Prävalenzstudien werden durchgeführt, um die Prävalenzrate von gewissen Zuständen, wie Krankheiten oder Verhaltensweisen, zu einem bestimmten Zeitpunkt zu ermitteln. Sie beruhen auf Querschnittstudien und ermitteln einen Schnappschuss der Population, die unter Risiko steht, um das Ausmaß der Zustände zu ermitteln (Polit & Beck 2008). Somit können mit der Durchführung von Prävalenzstudien wie dieser, Häufigkeiten bestimmter

Pflegephänomene, wie Freiheitsentziehende Maßnahmen, ermittelt werden, Trends identifiziert und Maßnahmen überprüft werden.

1.5. Charakteristika von FEM-PatientInnen

In der Literatur wird beschrieben, dass PatientInnen/BewohnerInnen, an denen Freiheitsentziehende Maßnahmen angewandt wurden, bestimmte Charakteristika aufweisen. Auch bei einer Studie von Migon et al. 2008 wurde ein höherer Gebrauch von FEM bei PatientInnen/BewohnerInnen verzeichnet, die eine erhöhte Agitation aufwiesen, oder an Demenz, Lernschwächen oder organischen Funktionsstörungen litten.
Im Gegensatz zu nicht fixierten PatientInnen/BewohnerInnen erhielten fixierte PatientInnen/BewohnerInnen eine höhere Anzahl an Medikamenten und eine höhere Menge an Neuroleptika/Antipsychotika (Migon et al. 2008). Eine weitere Studie kam zum Ergebnis, dass bei der Gruppe der 60-79 Jährigen am häufigsten pharmakologische Freiheitsentziehung angewendet wurden, wobei dies häufiger bei Frauen als bei Männern vorkam (Wynn 2002).

Patientinnen, die im Krankenhaus fixiert wurden, wiesen eine psychiatrische Diagnose, kognitive Einschränkungen, Bettlägerigkeit oder ein erhöhtes Sturzrisiko auf und wurden häufig vom Pflegeheim überstellt.
Im Pflegeheim wurden eher jene BewohnerInnen fixiert, die schwach, gebrechlich oder inkontinent waren oder Einschränkungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens aufwiesen (Joanna Briggs Institute 2002).

1.5.1. Sturz und die Anwendung von FEM

In Studien wurde herausgefunden, dass es einen signifikante Zusammenhang zwischen Stürzen und dem Gebrauch von Bettgittern, Rollstühlen und Schlaftabletten, wie Benzodiazepinen gibt (Fonad et al. 2008). Der Zusammenhang zwischen Stürzen und dem Gebrauch von Bettgittern ist deshalb verwunderlich, da andere Studien zum Ergebnis kommen, dass der Gebrauch von beidseitigen Bettgittern keine geeignete Maßnahme darstellt, um das Risiko für wiederkehrende Stürze, Wahrnehmungskontrolle und funktionalen Status zu reduzieren (Capezuti et al.2002)
Ferner wird ein Zusammenhang zwischen Stürzen und dem Auftreten von Frakturen beim Gebrauch von FEM beschrieben (Fonad et al. 2008, Meyer et al. 2008). Die Anwendung von gewissen Arten der FEM, wie Beschränkungen des Rumpfes, werden als Risikofaktor für Stürze bei älteren Menschen beschrieben (Kron et al. 2003).

Die Anwendung von FEM steht auch in Zusammenhang mit dem mobilen Einschränkungsgrad und der kognitiven Beeinträchtigung der PatientInnen/BewohnerInnen

(Meyer et al. 2008). Es ist davon auszugehen, dass die Schwere der kognitiven Beeinträchtigung in Kombination mit der funktionalen Einschränkung eine Auswirkung auf die Häufigkeit der Anwendung von FEM hat (Karlsson et al.2001).
Auch in einer anderen Studie war die Anwendung von FEM zur Schmerz– und Sturzprävention stark mit einem niedrigeren funktionalen Status assoziiert, wohingegen die verminderte Anwendung von FEM zur Sturz- bzw. Schmerzprävention mit einem höheren funktionalen Status assoziiert wurde (Dever Fitzgerald, Hadjistavropoulos & MacNab 2009).

Bei einer Studie von Karlsson et al. 2001 wiesen Stationen, an denen FEM angewandt wurden, eine signifikant höhere Anzahl an BewohnerInnen mit Sprachschwierigkeiten, Lähmungen der Extremitäten auf und auch eine höhere Anzahl an PatientInnen, die Hilfe/Unterstützung beim Gehen, An- und Auskleiden, Essen und bei Blasen- und Stuhlfunktionen benötigten.
Auch in einer Studie von Mamun und Lim 2005 wiesen 97.8% (N=91) der fixierten PatientInnen/BewohnerInnen eine Harn- und/ oder Stuhlinkontinenz auf.

1.6. Risikofaktoren für die Anwendung von Freiheitsentziehenden Maßnahmen

Der kognitive Status und die Personalaufteilung, im Hinblick auf den Ausbildungsgrad der Pflegepersonen, können als Risikofaktoren für die Anwendung von FEM gesehen werden (Sullivan-Marx et al. 1999). Mit dem Ansteigen der Abhängigkeit in Bezug auf die Aktivitäten des täglichen Lebens und der kognitiven Beeinträchtigung, stieg bei einer Studie in Dänemark, Frankreich, Island, Italien, Japan, Spanien, Schweden und der USA auch der Gebrauch von FEM (Ljunggren, Phillips, Sgadari 1997).
Im Pflegeheim haben jene BewohnerInnen, die sehr schwach und gebrechlich sind, das höchste Risiko, fixiert zu werden (Joanna Briggs Institute 2002).
Die Angst von Pflegenden davor, dass PatientInnen stürzen könnten, ist ein signifikanter Risikofaktor für die die Anwendung von FEM zur Sturzprävention. Auch die Angst von Pflegenden, dass PatientInnen Schmerz erfahren könnten, ist ein signifikanter Prädiktor für die Anwendung von FEM zur Schmerzprävention (Dever Fitzgerald, Hadjistavropoulos, MacNab 2009).
Der funktionale Status der PatientInnen/ BewohnerInnen ist aus Sicht von Pflegenden ein signifikanter Prädiktor für Stürze und größere Angst vor Stürzen steht in Verbindung mit einer höheren Wahrscheinlichkeit wirklich zu stürzen. Die Anwendung von FEM zur Schmerzprävention steht in Verbindung mit einer höheren Verletzungswahrscheinlichkeit (Dever Fitzgerald, Hadjistavropoulos, MacNab 2009).

Die Einstellungen der Pflegenden in Bezug auf die Anwendung von FEM beeinflusst diese in der Praxis (Hamers & Huizing 2005).
Die Anwendung von FEM steht in Verbindung mit gewissen PatientInnencharakteristika, wie Geschlecht, Alter, Mobilität, Aktivitäten des täglichen Lebens, medizinische Diagnose und Hilfsmittel, Pflegeabhängigkeit, kognitiver Status, Sturzinzidenz, Psychopharmaka und Kontinenz (Hamers & Huizing 2005).
Auch die gestellte Hauptdiagnose der PatientInnen/BewohnerInnen stellt einen signifikanten Risikofaktor für die Anwendung von FEM dar (Keski-Valkama et al. 2009)
Bestimmte Erkrankungsbilder, wie Demenz erhöhen das Risiko einer Anwendung von FEM und PatientInnen/BewohnerInnen mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten werden eher fixiert als andere (Moore & Haralambous 2007; Hamers & Huizing 2005).

1.7. Folgen von FEM

Die Anwendung von FEM kann direkte und indirekte Verletzungen nach sich ziehen.
Direkte Verletzungen resultieren aus dem äußerlichen Druck des beschränkenden Hilfsmittels und schließen Wunden, Quetschungen und Strangulationen ein.

1.7.1. Direkte Verletzungen:

- Nervenverletzungen
- Ischämische Verletzungen
- Erstickung
- Plötzlicher Tod (Joanna Briggs Institute 2002, Hamers & Huizing 2005)

1.7.2. Indirekte Verletzungen:

Indirekte Verletzungen entstehen durch die erzwungene Unbeweglichkeit der Betroffenen und schließen Mortalitätsraten, Druckgeschwüre und Stürze ein.

Diese resultieren beispielsweise daraus, dass fixierte PatientInnen eher stürzen, eine erhöhte Verweildauer im Krankenhaus aufweisen, eher eine nosokomiale Infektion entwickeln und geringere Überlebenschancen aufweisen, als nicht fixierte PatientInnen (Joanna Briggs Institute 2002)
Bei fixierten PflegeheimbewohnerInnen kann es zu einem Abbau des sozialen Verhaltens, der Wahrnehmung und Mobilität, Anstieg der Desorientierung, Entwicklung von Druckgeschwüren und zur Entwicklung einer Harn- und/oder Stuhlinkontinenz kommen (Joanna Briggs Institute 2002).

Neben direkten und indirekten Verletzungen gibt es bei der Anwendung von FEM bei den PatientInnen auch psychologische Konsequenzen, wie negative Gefühle, Abgrenzung,

Verlust der Freiheit, Unbehagen, Kontrollverlust, Depression und Schmerz (Joanna Briggs Institute 2002, Hamers, Huizing 2005).
Ferner hat die Anwendung von FEM auch Einfluss auf die Angehörigen der Betroffenen. Auch bei ihnen kann die Anwendung von FEM zu Gefühlen der Angst, Wut, Unbehagen und Schuldgefühlen führen (Joanna Briggs Institute 2002).

Um die Verletzungsgefahr bei der Anwendung von FEM zu minimieren, ist eine korrekte Anwendung, gezielte Schulung und angemessene Beobachtung der Betroffenen von höchster Priorität (Joanna Briggs Institute 2002). Allgemein sollte eine Freiheitsentziehung immer das letzte Mittel der Wahl sein, denn wenn gelindere Mittel ausreichen, ist vom Freiheitsentzug abzusehen (Bundeskanzleramt Österreich 2011a, Joanna Briggs Institute 2002).

1.8. Arten von FEM

Es gibt unterschiedlichste Arten von freiheitsentziehenden Maßnahmen, die von Gurten, Medikationen bis hin zu Bettgittern reichen.
Am häufigsten werden Bettgitter, Gurte und Knietablette angewendet (Retsas 1998, Karlsson et al. 2001). Im Krankenhaus sind Beschränkungen der Handgelenke, des Bauches und des Brustbereiches am häufigsten. Im Gegensatz dazu werden im Pflegeheim am häufigsten Bettgitter, Westen und Brustgurte eingesetzt (Joanna Briggs Institute 2002, Hamers, Huizing 2005).

1.9. Anordnung von FEM

In der Querschnittstudie von Meyer et al. 2008 wurde die Hälfte der FEM (Prävalenz betrug dabei 26,2%, n=2367) vom Gericht (42,9%) oder durch die Zustimmung der/s PatientIn/BewohnerIn (10,9%) angeordnet.
In einer anderen Studie wurde der Großteil der FEM sowohl im Krankenhaus als auch im Pflegeheim von dem ärztlichen Personal oder Pflegepersonen angeordnet (Schüssler 2009).
Die Anordnung für FEM wird entweder von Familienmitgliedern, Pflegepersonen oder der/m PatientIn selbst gemacht, wobei das ärztliche Personal fast immer in die Entscheidung involviert ist (De Veer et al 2009).
Die Entscheidung zur Anwendung einer FEM wird multidisziplinär getroffen, in einem Team aus Pflegepersonen, dem zuständigen Arzt/Ärztin und der Familie des betroffenen Patienten/In (Retsas 1998). Bei der Entscheidung ob FEM angewendet werden sollten, können Leitlinien hilfreich sein, jedoch sind diese in den Einrichtungen oft nicht vorhanden (De Veer et al. 2009). So wurde in einer Studie von Lepping et al. 2009 herausgefunden, dass Einrichtungen in Deutschland eher selten Leitlinien zur Verfügung haben, als

Einrichtungen in Großbritannien und der Schweiz. Bei der Entscheidung zur Anwendung von FEM muss alles genau dokumentiert werden, jedoch wird der Grund für die Verwendung von FEM oft nicht dokumentiert. In einer Studie von Mamun und Lim 2005 gab es bei 50.5% (N=91) der fixierten PatientInnen keine Dokumentation über die Gründe der Fixierung Ferner hat sich gezeigt, dass kein Assessment durchgeführt wird, um den Gebrauch von FEM zu ermitteln (Timmins 2008).

Insgesamt ist sich die Literatur nicht einig, wie FEM am besten eingesetzt werden sollten und bis jetzt gibt es auch noch keine standardisierte Vorgehensweise für den Gebrauch von FEM (Joanna Briggs Institute 2002).

1.9.1. Gründe für die Anordnung von FEM

In der Literatur werden sehr viele unterschiedliche Gründe für die Anwendung von FEM beschrieben. Diese reichen von Haltungsunterstützung, Agitationskontrolle bis zur Sturzprävention (Retsas 1998, Karlsson et al. 2001).

Die Hauptgründe für die Anwendung von FEM aus der Sicht des Pflegepersonals und der Betroffenen waren Sturzprävention und fehlende Alternativen (Retsas 1998).

Auch die Haltungsunterstützung wird als Grund für die Anwendung von FEM angegeben (Karlsson et al.2001).

Alternativen, wie höhenverstellbare Betten, Hüftprotektoren und andere umweltbezogene, physiologische und psychologische Therapien zur Sturzprävention werden im Gegensatz zu beispielsweise Bettgittern eher selten angewendet (Timmins 2008).

Das Risiko zu stürzen, die Wahrnehmung der/s PatientIn und Verhaltensauffälligkeiten werden als Gründe für die Anwendung von FEM angegeben (Timmins 2008)

Fehlende Ausbildung in Bezug auf FEM, Angst vor Verletzungen der PatientInnen und Angst vor Verletzung der Sorgfaltspflicht sind aus Sicht des Pflegepersonals Gründe für die Anwendung von FEM (Timmins 2008).

Die häufigste Begründung für die Anwendung von FEM stellt die PatientInnenorientierung dar. Um die PatientInnen vor Schaden zu schützen, Agitation unter Kontrolle zu bringen, Verhalten zu kontrollieren, vor Herumirren zu schützen und physische Unterstützung zu bieten, werden FEM angewendet (Joanna Briggs Institute 2002). Sie werden aber auch eingesetzt, um organisatorische Ziele, wie z.B. den Tagesplan erfüllen zu können oder eine sichere Umgebung zu bieten oder die Behandlung zu unterstützen (Joanna Briggs Institute 2002).

Andere Gründe betreffen die Sicherheit und den Schutz der PatientInnen, andere PatientInnen vor Belästigung zu schützen, aber auch Rastlosigkeit und Aggressivität (Hantikainen 1998).

1.10 Barrieren bei der Reduzierung von FEM

Zeitmangel und fehlende Ressourcen, Angst vor Verletzungen der PatientInnen, Mangel an Wissen bezüglich Alternativen, Wissenslücken und Personalmangel werden als Barrieren angegeben, warum die Anwendung von FEM nicht reduziert wird (Moore, Haralambous 2007). Auch die fehlende Unterstützung von Seiten des Managements und die fehlende Ausstattung, wie zum Beispiel höhenverstellbare Betten, werden als Barriere gesehen, FEM zu reduzieren (Moore & Haralambous 2007).
Weitere Barrieren sind unklare und unrealistische Richtlinien, fehlende Assessmentinstrumente, um den Bedarf und die Notwendigkeit von FEM zu erheben, Angst vor Verletzungen und folgenden Gerichtsverfahren, fehlendes Wissen, fehlendes Personal und Ressourcen (Timmins 2008).

Für die Reduzierung von FEM beschreibt die Literatur viele verschiedene Vorgangsweisen, es ist aber nicht klar, welche zu bevorzugen ist, da es noch sehr wenig aussagekräftige Studien gibt. Diese Reduzierungsprogramme bauen auf Ausbildung, Training und Schulungen auf, in denen auch über alternative Interventionen aufgeklärt wird. Ferner ist es zu bevorzugen, diese Programme organisationsübergreifend zu gestalten und nicht auf einzelne Stationen zu beschränken (Joanna Briggs Institute 2002a).
Einzelne Studien zeigten in Pflegeheimen in den USA die Effektivität von FEM Reduzierungsprogrammen (Hamers & Huizing 2005).

1.10.1. Alternativen

Die Anwendung von FEM wird nie zur Gänze eingestellt werden können, jedoch sollten diese Maßnahmen immer das letzte Mittel der Wahl darstellen und erst angewendet werden, wenn alle anderen Möglichkeiten fehlgeschlagen haben (Keski-Valkama et al. 2009).
Es sollte versucht werden, die/ den Patienten/in und die Gründe für ihr/sein Verhalten zu verstehen. Auch Körperkontakt, Sprechen und Zuhören werden als angewendete Alternativen von FEM von Pflegenden angegeben (Hantikainen 1998).
Dauerhafte Begleitung und Beobachtung sollten die Kernindikatoren für die Betreuung von RisikopatientInnen sein, um die Anwendung von FEM zu reduzieren (Keski-Valkama et al. 2009). Das Ziel FEM in Gesundheitseinrichtungen zu verringern ist realistischer als FEM freie Pflege anzustreben (Timmins 2008).

1.11. Finanzielle Aspekte

Im Jahre 2008 beliefen sich die Gesundheitsausgaben in Österreich auf 29,5 Mrd. Euro. Rund 46,3% der Ausgaben werden für die stationäre Gesundheitsversorgung und 24,3% für die ambulante Gesundheitsversorgung aufgewendet. Der Rest teilt sich in die häusliche

Langzeitpflege, auf pharmazeutische Erzeugnisse, medizinische Gebrauchsgüter und Prävention auf.
Die Ausgaben für Krankenanstalten inkl. Rehabilitationszentren, Kuranstalten und Pflegeheime beliefen sich 2008 auf etwa 10,3 Mrd. Euro (Statistik Austria 2010).
Ein häufiger Grund für die Anwendung von FEM stellt der Zeitmangel in Bezug auf die Beobachtung von PatientInnen dar (De Veer et al. 2009). Jedoch wurde schon herausgefunden, dass die Betreuung fixierter PatientInnen signifikant mehr Zeit in Anspruch nimmt, als die Betreuung von Nicht-Fixierten. Aufgrund dessen kann man davon ausgehen, dass die Verminderung von FEM nicht zu einem Anstieg der Zeit und infolge dessen der Kosten führen würde, da fixierte PatientInnen häufig mehr Betreuung benötigen als nicht fixierte (Phillips, Hawes & Fries 1993). Pflegende sind auch der Meinung, dass es einfacher sei, FEM anzuwenden, als anderen Herangehensweisen zu probieren (Moore & Haralambous 2007). Andererseits wird auch die Anwendung von FEM als zeitintensiver beschrieben, als die Nichtanwendung (Moore, Haralambous 2007). Auch bei einer Unterteilung in FEM freie Stationen, niedrige FEM Stationen und hohe FEM Stationen wiesen diese mit einer hohen Anwendung an FEM eine signifikant höhere Arbeitsbelastung auf, als FEM freie und niedrig FEM Stationen (Karlsson et al.2001).
Bei dieser Unterteilung unterschied sich auch das Wissen des Personals bzgl. FEM. In den FEM freien Stationen war der Wissensstand, als auch die Zufriedenheit mit der Arbeit, höher als in den FEM Stationen (Karlsson et al. 2001).

1.12. Pflegeabhängigkeit

1.12.1. Definition

„Nursing care dependency is a process in which the professional offers support to a patient whose self-care abilities have decreased and whose care demands make him/her to a certain degree dependent, with the aim of restoring this patient's independence in performing self-care." (Dijkstra, Buist & Dassen 1998, p.146)

Pflegeabhängigkeit ist definiert als
„ein Prozess, in dem professionell Pflegende einem Patienten, dessen Selbstpflegefähigkeiten eingeschränkt sind und dessen Pflegebedarf ihn/sie zu einem bestimmten Grad abhängig macht, Unterstützung anbieten mit dem Ziel, dass die Unabhängigkeit in der Durchführung der Selbstpflege wieder hergestellt wird." (trans. Mertens et al. 2002, p.196)

Ein geeignetes Instrument, um den Bedarf an pflegerischer Unterstützung aus der Sichtweise von Pflegenden deutlich und umfassend zu ermitteln, stellt die Pflegeabhängigkeitsskala dar (Mertens et al. 2002).

Die Pflegeabhängigkeitsskala baut auf die vierzehn Grundbedürfnisse von Virginia Henderson auf und wurde um das Item „Kommunikation“ im Rahmen einer Delphi- Studie erweitert. Die Skala misst die Pflegeabhängigkeit durch die 15 Items Essen und Trinken, Kontinenz, Körperhaltung, Mobilität, Tag-/Nachtrhythmus, An-/Auskleiden, Körpertemperatur, Körperpflege, Kommunikation, Vermeiden von Gefahren, Kontakte mit anderen, Sinn für Normen und Werte, Alltagsaktivitäten, Freizeitaktivitäten und Lernfähigkeit.

Pflegende schätzen die Abhängigkeit der PatientInnen/BewohnerInnen ein, indem sie für jedes dieser 15 Items fünf Antwortmöglichkeiten, die von „völlig abhängig“ bis „völlig unabhängig“ reichen, zur Verfügung haben. Dadurch können Skalenwerte von 15 bis 75 errechnet werden und dadurch der Grad der Abhängigkeit bestimmt werden. Desto kleiner der errechnete Wert, desto pflegeabhängiger sind die PatientInnen. Durch die qualifizierte Fremdeinschätzung kann eine Basis geschaffen werden, um die Pflege der PatientInnen und BewohnerInnen individuell zu planen und durchzuführen.

Dieses Instrument wurde schon in mehreren Ländern, wie Kanada und Norwegen getestet und kann dadurch internationale Vergleiche erleichtern und eine einheitliche Pflegesprache ermöglichen (Lohrmann et al. 2003, Mertens et al. 2002, Lohrmann, Dijkstra, Dassen 2003).

2. Literaturrecherche

2.1. Vorgehensweise

Um sich einen Überblick über das Thema „Freiheitsentziehende Maßnahmen“ zu verschaffen, wurde anfangs eine einfache Internetrecherche in allgemeinen Suchmaschinen, wie Google und Google Scholar durchgeführt.
Daraufhin wurde die Literaturrecherche mit den Schlüsselwörtern „physical restraint“ und „risk factor“ in verschiedenen Kombinationen und auch in deutscher Übersetzung in der Datenbank „PubMed“ durchgeführt.
Die darauf folgende, systematische Literaturrecherche wurde mit den vorher generierten Keywords in den Datenbanken „Medline“, „Embase“, „Cinahl“, „Cochrane“, „Pascal“ und „ISI Web of knowledge“ durchgeführt, da diese als wichtige Datenbanken für PflegeforscherInnen angesehen werden (Polit & Beck 2008).
Die Literaturrecherche wurde mit den vorher generierten Keywords in unterschiedlichen Kombinationen, sowie auch mittels Handsuche durchgeführt.

2.1.1. Ein- und Ausschlusskriterien

Um die Literaturrecherche einzugrenzen, wurden im Vorhinein bestimmte Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt.
Die Recherche wurde auf den Zeitraum 2000 bis 2011 eingegrenzt, um die Aktualität der gefunden Studien gewährleisten zu können (Polit & Beck 2008)
Ferner wurden Einschränkungen in Bezug auf das Alter der StudienteilnehmerInnen gemacht, da nur Studien mit Personen ab 18 Jahren eingeschlossen wurden. Außerdem wurden aufgrund vorhandener Sprachkenntnisse Studien in den Sprachen Deutsch und Englisch eingeschlossen.
Es wurden Studien ausgeschlossen, die nur bestimmte PatientInnengruppen beleuchteten, wie PatientInnen mit einer bestimmten Diagnose, wie zum Beispiel Demenz, um ein umfassendes Bild des Themenbereichs „Freiheitsentziehende Maßnahmen“ erhalten zu können. Es wurden auch Studien ausgeschlossen, die die Wirkung von Schulungsprogrammen auf die Verringerung der Anwendung von FEM untersuchten, da dies nicht das Ziel dieser Arbeit darstellt. Studien im Bereich der Psychiatrie wurden nicht eingeschlossen, da psychiatrische PatientInnen sehr spezifische Problemlagen und Pflegephänomene aufweisen (Krüger, Meyer & Hamers 2010).

2.1.2. Systematische Literaturrecherche

Um die erste Forschungsfrage zu beantworten, wurde mit den Keywords restraint* AND prevalence AND hospital* /nusing home* in den vorher genannten Datenbanken gesucht.
Bei der zweiten Forschungsfrage lauteten die Keywords „factor* OR cause* OR motive* AND restraint* AND hospital* /nursing home*.
Mit den Keywords „care depend* OR care need OR functional decline AND restraint* AND hospital*/ nursing home*“ wurde versucht, die dritte Forschungsfrage zu beantworten.

Nach Eingabe dieser Schlüsselwörter in den vorliegenden Kombinationen wurden insgesamt 1067 Artikel identifiziert, die daraufhin nach dem Titel hinsichtlich ihrer Relevanz beurteilt wurden. Ferner wurde bei den verbleibenden 106 Artikeln der Abstract in Bezug auf die Relevanz zum Thema gescreent. Danach wurden für die erste Forschungsfrage 22, für die zweite 15 und für die dritte 6 relevante Artikel identifiziert, die dann einer umfassenden kritischen Überprüfung mittels des Bewertungsbogens von Polit und Beck (2008) unterzogen wurden.
Dieser Bewertungsbogen gliedert sich in die Teile Titel, Abstract, Einleitung, Methode Ergebnisse und Diskussion. Zu jedem einzelnen Punkt werden explizit Fragen gestellt, mit denen man, werden möglichst viele davon positiv beantwortet, die Qualität des Artikels feststellen kann.
Nach dieser kritischen Beurteilung wurden für die erste Forschungsfrage 20 Artikel, für die zweite 15 Artikel und für die dritte 6 Artikel eingeschlossen.

In der nachfolgenden Abbildung 1 wird die systematische Literaturrecherche graphisch dargestellt:

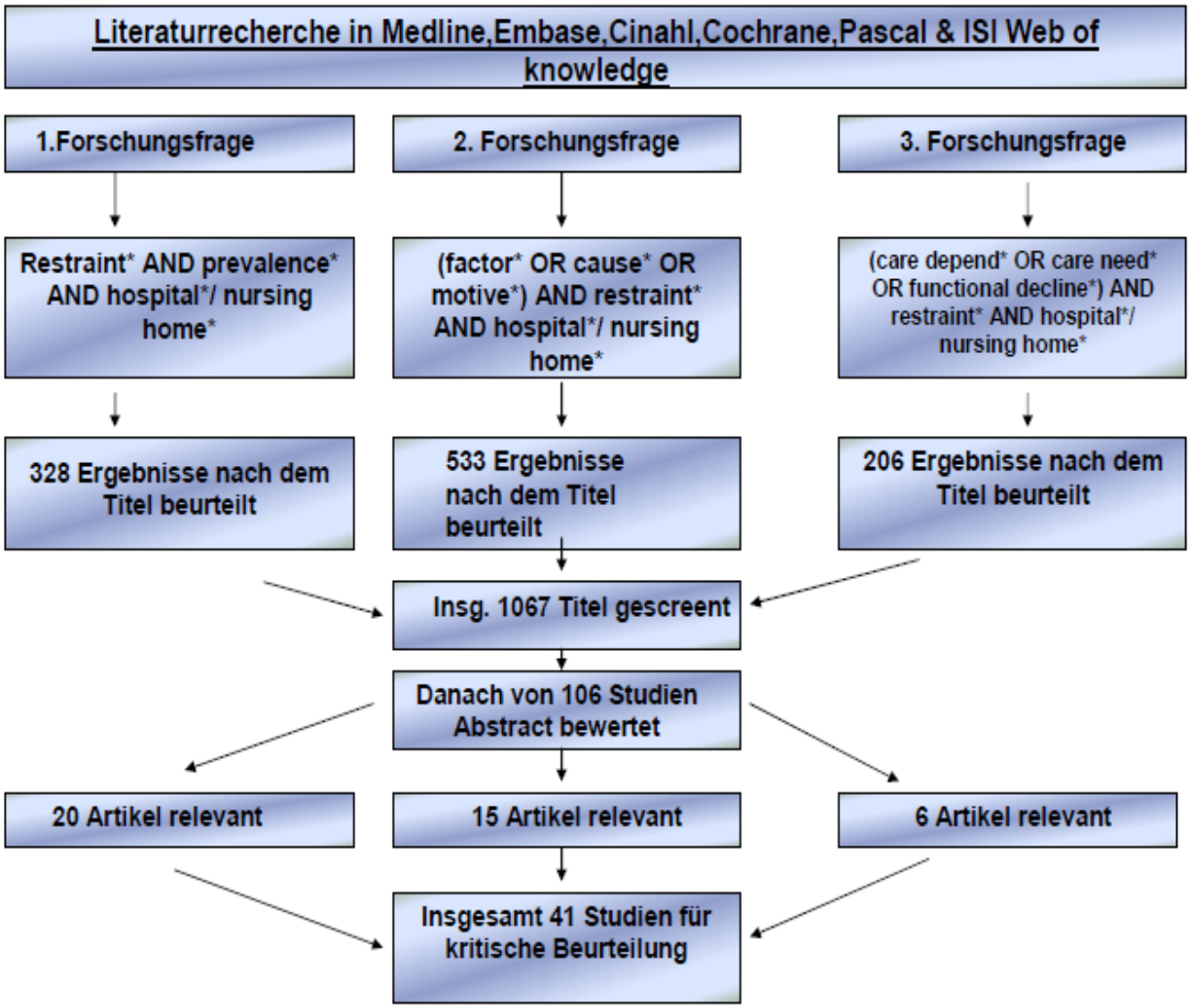


Abbildung 1: Systematische Literaturrecherche

2.2. Ergebnisse der Literaturrecherche

2.2.1. Internationale Prävalenzstudien zum Thema Freiheitsentziehende Maßnahmen

Nach der umfassenden kritischen Überprüfung der 22 Studien mittels des Leitfadens von Polit und Beck wurden 14 Studien, die die Prävalenz von FEM untersuchten, eingeschlossen. Davon wurden zwei in Deutschland, fünf in den Skandinavischen Ländern, jeweils eine in der Türkei, England, Australien, Singapur, der USA und in Hong Kong durchgeführt. Eine Studie lieferte Ergebnisse von mehreren Ländern, wie Kanada, Finnland, Hong Kong, der Schweiz und der USA.
Um eine bessere Übersicht der Ergebnisse zu erhalten, werden diese in einer Tabelle dargestellt. Die Tabelle teilt sich in Autor, Setting, Design der Studie, Größe der Stichprobe, Prävalenzrate und der jeweiligen Erhebungsmethode.
Da den Studien unterschiedliche Definitionen, Erhebungsmethoden und -zeiträume zugrunde liegen, können die Ergebnisse nicht direkt miteinander verglichen werden.
Die Erhebungszeiträume der eingeschlossenen Studien reichen von einem Tag bis hin zu mehreren Jahren.
Die Methoden der Datenerhebung der einzelnen Studien sind sehr vielfältig und reichen von Fragebögen, Interviews, Beobachtungen bis hin zu Protokollen.

Insgesamt wurden 22 Studien nach wissenschaftlichen Punkten kritisch bewertet. Nun werden die Ergebnisse von den verbleibenden 14 Studien durch eine Tabelle dargestellt:

Tabelle 1: Ergebnisse von internationalen Prävalenzstudien

Autor	Setting	Design (Erhebungs-zeitraum)	Stichprobe	Prävalenz	Erhebungs-methode
Akansel N. 2007	KH, Türkei	deskriptive Querschnittst. (Mai 2005)	63 Pflegende	90.5%	3 teiliger Fragebogen
Bredthauer et al. 2005	psycho-geriatrische Akut-einrichtung, Deutschland	prospektive Beobachtungsst., (4 Monate)	129 PatientInnen	30.3%	Protokolle
Feng et al. 2009	Kanada, Finnland, Hong Kong, Schweiz, US	Querschnittstudie (2003)	insg. 14 504 Pflegeeinrichtungen	Schweiz: 6% (N=94), US: 9% (N=14277) Hong Kong: 20% (N=14) Finnland: 28% (N=59) Kanada: 31% (N=60)	RAI
Hamers, Gulpers, Strik 2002	2 Pflegeheime, Niederlande	Punktprävalenzstudie (2002)	265 BewohnerInnen	49%	Fragebogen
Healey, Cronberg, Oliver 2009	7 Akutkranken-häuser, GB	Beobachtungsst. (Herbst 2006)	1092 PatientInnen	25.7% beidseitige Bettgitter, 9.3% einseitige Bettgitter	Beobachtung
Irving 2004	Krankenhaus Australien	Punktprävalenzstudie (ein Tag)	256 PatientInnen	9.4%	Beobachtung
Mamun, Lim 2005	3 Pflegeheime, Singapur	deskriptive Studie (n.a.)	390 BewohnerInnen	23.3%	Beobachtung

Autor	Setting	Design (Erhebungs-zeitraum)	Stichprobe	Prävalenz	Erhebungs-methode
Kirkevold, Sandvik, Engedal 2004	Pflegeheim, Norwegen	deskriptive Studie (März-Nov. 2000)	1926 PatientInnen	RU: 23.1% (N=1362) SCU: 14.4% (N=564)	Fragebogen, Interview
Karlsson et al. 2001	33 PH Stationen, 12 Wohngemein-schaften, Schweden	Querschnittst. (Oktober 1998)	540 BewohnerInnen	21% (N=540) PH: 24% (N=450) Wohngemein-schaft: 9% (N=90)	Fragebogen, Interviews,
Kirkevold, Engedal 2004	222 PH Stationen, Norwegen	deskriptive Studie (März-Nov. 2000)	1501 PatientInnen	RU: 36.7% (N=1057) SCU: 45% (N=444)	strukturiertes Interview
Kirkevold, Laake, Engedal 2003	623 Institutionen (PH) , Norwegen,	deskriptive Studie (Oktober 1999)	25 108 PatientInnen	38.4%	Fragebogen
Meyer et al. 2008	30 PH, Deutschland	Querschnitt, prospekt. Kohortenst. (3 Ereignisse an einem Tag)	2367 BewohnerInnen (Querschn.), 2353 BewohnerInnen (Kohorte)	26.2% (N=2367)	direkte Beobachtung
Minnick et al. 2007	AkutKH in 6 Städten (N=40), USA	deskriptive Studie (2003-2005)	direkte Beobachtung an 15 zufällig ausgewählten Wochentagen und 3 Wochenenden im Monat sowie Pflegeberichte	Morgen: 85/1000 Pat.tage (N=74 Stat.) Abend: 84/1000 Pat.Tage Gesamt: 50/1000 Pat.tage (N=155 412Pat.Tage)	direkte Beobachtung
Yan, Kwok, Lee, Tang 2009	AkutKH, 2 Kuranstalten, Hong Kong	deskriptive Querschnittstudie (2006)	10 medizinische Stationen des AkutKH, 6 medizinische und 8 Langzeit-stationen in den Kuranstalten, (N=187)	69 % (N=187)	Fragebogen

Die internationalen Prävalenzraten in Krankenhäusern reichen von 9.4 bis 90.5 Prozent, wobei der letzte Wert so hoch ist, da diese Studie auf Intensivstationen in der Türkei durchgeführt wurde (Akansel 2007, Irving 2004).
Im Gegensatz dazu reichen die Prävalenzraten im Pflegeheim von 6 bis 49 Prozent.
Die Studie von Akansel 2007 kommt zu einer Prävalenzrate von 90.5 % (n=63), was sehr hoch ist. Dies ergibt sich daraus, dass bei dieser Studie nur Pflegepersonal von Intensivstationen befragt wurde und die Anwendung von FEM auf solchen Stationen noch sehr oft eine gängige Praxis darstellt, da diese genutzt werden, um die Entfernung von medizinischen Hilfsmitteln, wie Kathetern usw. zu verhindern.
Insgesamt scheint es, dass die Prävalenzen von FEM im Pflegeheim höher sind als im Krankenhaus. In einer Querschnittstudie von Feng et al. 2009, in der die Prävalenzraten von FEM in Pflegeheimen mehrerer Länder erhoben wurden, wies die Schweiz mit 6 % (N=94) die niedrigste und Kanada mit 31 % (N=60) die höchste Prävalenzrate auf. Auch die USA, Hongkong und Finnland waren in die Studie eingeschlossen und es wurden Prävalenzraten von 9 % (N=14277), 20% (N=14) und 28% (N=59%) angegeben (Feng et al. 2009). In der Studie von Hamers, Gulpers und Strik 2002 wurde eine Prävalenz von 49 % (N=265) in Pflegeheimen in den Niederlanden angegeben. Studien aus Deutschland, die die Prävalenzen von FEM in Pflegeheimen untersuchten, kamen zu Prävalenzraten von 30.3 % (N=129) und 26.2 % (N=2367) (Meyer et al. 2008, Bredthauer et al. 2005). Durch die Literaturrecherche wurden auch Studien, die sich mit den Prävalenzraten in Pflegeheimen in den Skandinavischen Ländern befassen, identifiziert. Die Prävalenzraten dieser Studien reichen von 9% (N=90) in Wohngemeinschaften bis hin zu 45 % (N=444) in Einrichtungen für Personen mit Demenz (Kirkevold & Engedal 2004, Karlsson et al. 2001). Auch zwei weitere Studien aus den Skandinavischen Ländern berichten von Prävalenzraten von 23.1 % (N=1362) bis 38.4 % (N=25108) in Pflegeheimen (Kirkevold, Sandvik & Engedal 2004, Kirkevold, Laake & Engedal 2003).
Eine Studie aus Singapur kam zu einer Prävalenzrate von 23.3% (N=30) in Pflegeheimen und diese hohe Rate wurde trotz des Ausschlusses von Bettgittern erreicht (Mamun & Lim 2005).

Die Studien, die sich mit den Prävalenzen von FEM in Krankenhäusern beschäftigten, wiesen Raten von 9.3 % (N= 256) bis zu einer sehr hohen Angabe von 90.5 % (N=63) auf, die sich aber dadurch erklärt, dass es sich bei dieser Untersuchung um Intensivstationen handelt, in denen FEM oft als Mittel verwendet werden, um die Entfernung von medizinischen Hilfsmitteln zu verhindern (Healey, Cronberg & Oliver 2009, Akansel 2007). In einer Studie von Minnick et al. 2007 wurde die Prävalenzrate in Anwendung von FEM pro 1000 PatientInnentage angegeben. Diese belief sich am Morgen auf 85/1000

PatientInnentage und am Abend auf 84/1000 PatientInnentage (Minnick et al. 2007). Nach Stationen aufgeteilt, fand man die höchste Prävalenzrate auf medizinischen Stationen für Ältere mit 49.1/1000 Patiententage und den neurologischen Stationen mit 49.2/1000 PatientInnentagen (Minnick et al. 2007). In einer Studie von Yan et al. 2009 gaben 69% (N=187) des Pflegepersonals an, irgendeine Form der Freiheitsentziehung in den letzten 3 Monaten angewandt zu haben. Hohe Prävalenzraten wurden bei der Anwendung von Gurten (57.8%, N=187) entdeckt und auch die Anwendung von Bettgittern (39%, N=187) fand sehr häufig statt (Yan et al. 2009).
Die Prävalenz der Ausübung von Druck bei der Behandlung belief sich in dieser Studie auf 48.1% (N=187) und 46.5% (N=187) der Pflegepersonen gaben an, bei der Ausführung der Aktivitäten des täglichen Lebens Druck bei den PatientInnen auszuüben. Am häufigsten wurde in dieser Kategorie Druck bei der Aktivität „ Waschen und An-, Auskleiden“ (38%, N=187) ausgeübt (Yan et al. 2009).

Allgemein kann gesagt werden, dass die Anwendung von FEM häufiger in Pflegeheimen, als in Krankenhäusern stattfindet, obwohl bei dieser Übersicht die Studie von Akansel 2007, die im Krankenhaus durchgeführt wurde, die höchste Prävalenz beschreibt. Dennoch muss darauf geachtet werden, welche Stationen der Krankenhäuser untersucht wurden, da gewisse Stationen, wie die der Intensivmedizin, allgemein höhere Prävalenzraten verzeichnen (Akansel 2007).

2.2.2. Gründe für die Anwendung von Freiheitsentziehenden Maßnahmen

Die angeführten Gründe für die Anwendung von Freiheitsentziehenden Maßnahmen sind sehr vielfältig und reichen von Sturzprävention bis zu Erhöhung der PatientInnensicherheit (Healey, Cronberg & Oliver 2009, Saarnio & Isola 2009, Akansel 2007).

Einer der am häufigsten genannten Gründe für die Anwendung von FEM ist die Sturzprävention (Healey, Cronberg & Oliver 2009, Minnick et al. 2007, Bredthauer et al. 2005, Mamun, Lim 2005, Irving 2004, Hamers, Gulpers & Strik 2002, Werner 2002, Karlsson et al. 2001). So gaben in einer Studie von Healey, Cronberg und Oliver 2009 74.4 % (N=281) der Pflegepersonen an, Bettgitter aus Gründen der Sturzprävention zu benutzen. Ferner wurde die Anwendung von FEM damit begründet, dass PatientInnen Bettgitter als Hilfsmittel nehmen, um sich zu drehen oder zu wenden. Dies wurde von 6.8% (N=281) der Pflegepersonen angegeben (Healey, Cronberg & Oliver 2009). Auch in der Studie von Karlsson et al. 2001 wird die Haltungsunterstützung der PatientInnen von 29% (N=113) der Pflegepersonen als Begründung für die Anwendung von FEM angegeben. In einer Studie von Gallinagh et al. 2002 und in einer Literaturübersicht von Hamers und Huizing 2005 wird die Haltungsunterstützung als ein Beweggrund für die Anwendung von FEM gesehen. Ein weiterer Grund für die Anwendung von FEM ist der Wunsch der PatientInnen und/oder deren Angehöriger danach (Healey, Cronberg & Oliver 2009, Saarnio & Isola 2009). In einer qualitativen Studie von Saarnio und Isola 2009, bei der Fokusinterviews mit den Pflegepersonen durchgeführt wurden, wurde die Anwendung von FEM oft als unvermeidlich angesehen, wenn beispielsweise keine Bewegungshilfen zur Verfügung standen und somit die PatientInnensicherheit erhöht werden sollte. Die Anwendung von FEM wurde auch damit begründet, dass es den Pflegepersonen die Medikamentengabe und auch die Durchführung gewisser Pflegepraktiken bei PatientInnen erleichtert (Saarnio & Isola 2009).

Ein sehr häufiges Motiv für die Anwendung von FEM stellt die Verhaltenskontrolle der PatientInnen dar (Saarnio & Isola 2009, Akansel 2007, Irving 2004, Zun 2003). Zu diesem Ergebnis kam auch eine Studie von Kirkevold und Engedal 2004, in der die Verhaltenskontrolle, neben anderen Gründen, wie Schutz der BewohnerInnen vor sich oder anderen und bei keiner Teilnahmebereitschaft der BewohnerInnen, als Begründung für die Anwendung von FEM genannt wird.

So werden FEM-Maßnahmen auch als Mittel gesehen, um gewalttätiges und störendes Verhalten der PatientInnen/BewohnerInnen unter Kontrolle zu bringen, aber auch um zu verhindern, dass Patientinnen/BewohnerInnen Schaden erleiden oder wenn sie beispielsweise als selbstmordgefährdet eingestuft wurden (Sandhu et al. 2010, Bredthauer et al. 2005, Zun 2003). Ferner wird die Agitiertheit als Anlass gesehen, FEM anzuordnen und anzuwenden (Bredthauer et al. 2005, Irving 2004, Zun 2003). Auch die Rastlosigkeit der

PatientInnen wird als ein Grund für die Anwendung von FEM gesehen (Hamers, Gulpers & Strik 2002). Ein weiterer Beweggrund für die Anwendung von FEM ist, dass Pflegepersonen damit verhindern wollen, dass PatientInnen medizinische Hilfsmittel, wie Katheter oder Magensonden entfernen und sich dadurch womöglich selbst Schaden zufügen (Akansel 2007, Bredthauer et al. 2005, Mamun, Lim 2005, Irving 2004, Choi, Song 2003, Werner 2002). In einer Studie von Choi und Song 2003 gaben 48.6 % (N=138) der Pflegepersonen an, FEM anzuwenden, um die Platzierung von medizinischen Hilfsmitteln an PatientInnen sicherzustellen. Im Gegensatz zur PatientInnensicherheit wird aber auch die Personalsicherheit als Motiv für die FEM Anwendung gesehen, um zum Beispiel das Pflegepersonal vor Verletzungen zu schützen, aber auch um die Arbeit mit aggressiven PatientInnen zu erleichtern (Irving 2004, Choi & Song 2003). Auch das Umherirren der PatientInnen wird von den Pflegenden als Anlass gesehen, um FEM anzuwenden (Gallinagh et al. 2002).

In der Studie von Minnick et al. 2007 war der meistgenannte Grund zur Anwendung von FEM, dass die Pflegepersonen damit den Therapieabbruch der PatientInnen verhindern wollten. Also werden FEM auch als Grund gesehen, um gewisse pflegerische Behandlungen durchführen zu können, aber auch, wenn die BewohnerInnen nicht bereit sind, die Behandlung zu unterstützen (Kirkevold & Engedal 2004).

Das Alter und die Erfahrung des Pflegepersonals können einen Einfluss auf die Anwendung von FEM haben. So haben in einer Studie von Yan et al. 2009 jüngere Pflegende mit geringer emotionaler Unterstützung und hoher emotionaler Ermüdung häufiger FEM angewandt, als ältere Pflegepersonen.

Abschließend kann gesagt werden, dass die Gründe für die Anwendung von FEM sehr vielfältig sind, oft aber auch nicht gerechtfertigt, da die Anwendung von FEM in anderen Studien auch als Risikofaktor gesehen wird, einen Sturz zu erleiden (Kron et al. 2003).

Die Gründe, die am häufigsten in den Studien angeführt werden, sind:

- Sturzprävention
- PatientInnen- / Personalsicherheit
- Verhinderung, dass Katheter oder Magensonden entfernt werden
- Haltungsunterstützung
- Verhaltenskontrolle bei aggressiven PatientInnen
- Agitiertheit
- Verwirrtheit
- Verhinderung des Therapieabbruchs

2.2.3. Pflegeabhängigkeit und Anwendung von FEM

Sechs Studien untersuchten den Zusammenhang zwischen der Pflegeabhängigkeit von PatientInnen/BewohnerInnen und dem Gebrauch von FEM.

In einer Studie von Hamers, Gulpers und Strik 2002 in den Niederlanden waren fixierte PatientInnen/ BewohnerInnen älter als PatientInnen/ BewohnerInnen ohne Fixierung und die Fixierung wurde eher bei Frauen als bei Männern angewendet. Auch in einer Studie von Minnick et al. 2007 wurde herausgefunden, dass die fixierten PatientInnen/ BewohnerInnen im Gegensatz zu Nicht- Fixierten ein höheres Alter aufwiesen, jedoch wurden Fixierungen hier eher bei Männern als bei Frauen angewendet. In Studien, in denen gewisse Charakteristika zwischen fixierten und nicht-fixierten PatientInnen/ BewohnerInnen verglichen wurden, waren fixierte PatientInnen/ BewohnerInnen häufiger im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens beeinträchtigt, wiesen ein höheres Sturzrisiko auf und waren im Bereich der Mobilität beeinträchtigt. Die meisten Studien kamen zu dem Schluss, dass fixierte PatientInnen/BewohnerInnen insgesamt pflegeabhängiger waren, als PatientInnen/BewohnerInnen ohne Fixierung (Castle & Engberg 2009, Healey, Cronberg & Oliver 2009, Castle 2006, Mamun & Lim 2005, Gallinagh et al. 2002, Hamers, Gulpers & Strik 2002).

Durch die Anwendung von FEM kann es vor allem bei PatientInnen/BewohnerInnen über 85 Jahren zu einem schnelleren funktionellen Abbau kommen, der aber durch Mobilisierung, Inkontinenzmanagement, Sturzprävention und FEM Reduktion durch die Pflegepersonen verhindert werden kann (King 2006).

Der funktionelle Abbau der PatientInnen stellt einen Teil ihrer Pflegeabhängigkeit dar und gilt als eine der Hauptkomplikationen einer Hospitalisierung, da die PatientInnen in Pflegeeinrichtungen sehr viel Zeit im Bett verbringen. Durch diese „Bettruhe“ kommt es zu einem Abbau der Muskelmasse und des Gefäßtonus und Pflegepersonen sind die Ersten die diese Zeichen erkennen und dagegen vorgehen müssen (King 2006, Laine 2005). Das Risiko für den funktionellen Abbau ist am höchsten in der Gruppe der über 85-Jährigen. Sie haben ein 77% erhöhtes Risiko für einen funktionellen Abbau im Gegensatz zur Gruppe der 65-74-Jährigen und ein 23% höheres als die Gruppe der 75-84 Jährigen (King 2006).

In einer Studie von Castle und Engberg 2009 wiesen PatientInnen, die fixiert wurden, ein erhöhtes Sturzrisiko, eher Druckgeschwüre, Kontrakturen und größere Defizite im Bereich der Mobilität auf, als nicht-fixierte PatientInnen (Castle & Engberg 2009). Dies stellt einen Gegensatz dar, da FEM sehr häufig aus Gründen der Sturzprävention angewendet werden (Irving 2004). Die FEM Anwendung kann bei PatientInnen des Weiteren zu physiologischen und/oder psychologischen Konsequenzen führen (Castle & Engberg 2009).

Vorzeichen, die auf den Gebrauch von FEM bei PatientInnen hinweisen könnten, sind ein schlechter Mobilitätszustand, beeinträchtigter kognitiver Status, Pflegeabhängigkeit und ein

erhöhtes Sturzrisiko (Bredthauer et al. 2005, Hamers & Huizing 2005, Hamers, Gulpers & Strik 2002). Auch in der Studie von Karlsson et al. 2001, in der die untersuchten Stationen nach der Häufigkeit der Anwendung von FEM aufgeteilt wurden, gab es auf den „High- use" Stationen einen höheren Anteil an PatientInnen/ BewohnerInnen, die auf Hilfe beim Ankleiden, Blasenfunktionen und Essen angewiesen waren.

3. Zielsetzungen und Forschungsfragen

Das Ziel dieser Arbeit besteht darin, die Häufigkeit der Anwendung von FEM in Krankenhäusern und Pflegeheimen in Österreich darzustellen. Ferner zielt diese Arbeit darauf ab, die Gründe für die Anwendung von FEM und die Pflegeabhängigkeit von fixierten und nicht-fixierten PatientInnen und BewohnerInnen darzulegen. Zusätzlich soll das Ausmaß der Pflegeabhängigkeit von PatientInnen und BewohnerInnen, an denen FEM angewandt wurden, veranschaulicht werden.
Diese Arbeit untersucht die folgenden drei Forschungsfragen:

1. Wie hoch ist die Prävalenz Freiheitsentziehender Maßnahmen in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen?
2. Welche Gründe werden für den Einsatz Freiheitsentziehender Maßnahmen bei PatientInnen und BewohnerInnen in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen angeführt?
3. Wie pflegeabhängig sind fixierte PatientInnen und BewohnerInnen in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen?

4. Methode

Die europäische Pflegequalitätserhebung wurde in Österreich erstmals, ausgehend vom Institut für Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz und der Projektgruppe der europäischen Pflegequalitätserhebung der Universität Maastricht, im Jahre 2009 durchgeführt. In den Niederlanden wird sie seit 1998, wo sie anfangs nur auf den Bereich Dekubitus beschränkt war, durchgeführt. Im Jahre 2004 wurde die Erhebung um die Pflegephänomene Inkontinenz, Mangelernährung und Intertrigo erweitert und im Jahre 2007 folgten Stürze und Freiheitsentziehende Maßnahmen. Ferner wird sie in Deutschland, der Schweiz und auch in Neuseeland durchgeführt.
Durch diese Erhebung wird die Häufigkeit von bestimmten Pflegeproblemen, wie Dekubitus, Inkontinenz, Mangelernährung, Intertrigo, Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen ermittelt. Somit erhalten die beteiligten Einrichtungen Informationen über die Prävalenz dieser Pflegephänomene und können gezielt Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegequalität ergreifen.

4.1. Ethik

Das Einverständnis zur Durchführung dieser Arbeit gab die Ethikkommission der Medizinischen Universität Graz. Die teilnehmenden PatientInnen und BewohnerInnen wurden mündlich über die Studie aufgeklärt und vor der Datenerhebung wurde eine schriftliche Zustimmung von diesen eingeholt. War dies nicht möglich, wurde die/der gesetzliche VertreterIn um die Zustimmung gebeten.

4.2. Studiendesign

Bei dieser Studie handelt es sich um eine multizentrische, quantitative Querschnittstudie mit einem deskriptiven Design. Querschnittstudien sind adäquat, um Phänomene und die Beziehung zwischen ihnen zu einem bestimmten Zeitpunkt zu beschreiben und zu erheben (Polit & Beck 2008). Da diese Erhebung jährlich wiederholt wird, kann man dadurch die Häufigkeit bestimmter Pflegephänomene in einer bestimmten Population erkennen und so auch Trends ausfindig machen. Somit kann Pflege zielgerichteter eingesetzt werden und durch die Maßnahmenerhebung kann man auch die Wirksamkeit dieser besser einschätzen.

4.3. Datensammlung

Für die Teilnahme an der europäischen Pflegequalitätserhebung wurden alle österreichischen stationären Einrichtungen, wie Krankenhäuser, Pflegeheime, Rehabilitationszentren und geriatrische Kliniken vom Institut für Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz schriftlich eingeladen. Die teilnehmenden Einrichtungen wurden auf die Wahrung der Anonymität der Daten hingewiesen und die Teilnahme war für jede Einrichtung und pro teilnehmender/m PatientIn/BewohnerIn kostenpflichtig.
Die Erhebung fand österreichweit in allen teilnehmenden Einrichtungen am 13. April 2010 statt.

Jede teilnehmende Einrichtung hatte die Aufgabe eine/n interne/n KoordinatorIn zu benennen, die mit der Koordination innerhalb der Einrichtung betraut wurde und als AnsprechpartnerIn gegenüber der Projektgruppe fungierte. Diese KoordinatorInnen nahmen an einer Einführungsveranstaltung teil, in der alle wichtigen Aspekte der Studie erklärt und ihre Aufgabenbereiche dargestellt wurden. Ferner wurden den KoordinatorInnen Materialien für die Ausbildung der Pflegepersonen zur Verfügung gestellt.
Die Aufgabenbereiche der KoordinatorInnen reichten vom Festlegen der Wohnbereiche/Abteilungen, der Pflegeprobleme und dem Zusammenstellen eines Teams auf fachlich geeigneten MitarbeiterInnen, bis hin zur Datenkontrolle auf Vollständigkeit und Korrektheit und Eingabe der Daten in eine Internetsoftware.
Durch die Internetsoftware wurden die Daten an die Projektgruppe weitergegeben und erneut auf Korrektheit und Vollständigkeit überprüft.
Die gebildeten Teams, bestehend aus einer diplomierten und einer unabhängigen Pflegeperson, waren für die Untersuchung der TeilnehmerInnen auf den Stationen/Wohnbereichen auf bestehende Pflegeprobleme verantwortlich. Dabei sollten

beide in ihren Angaben übereinstimmen. War dies nicht der Fall, entschied die unabhängige Pflegeperson.

4.3.1. Stichprobe

Die Datenerhebung der europäischen Pflegequalitätserhebung wurde mithilfe einer Gelegenheitsstichprobe durchgeführt. Es wurden alle PatientInnen und BewohnerInnen in die Untersuchung eingeschlossen, die am Erhebungstag, dem 13. April 2010, in den jeweiligen Einrichtungen zur Verfügung standen.

Insgesamt nahmen an der Erhebung jeweils 18 Krankenhäuser und 18 Pflegeheime teil, wobei jede Einrichtung selbst entscheiden konnte, welche Abteilungen bei der Erhebung mitwirken. In diesen Einrichtungen waren am Tag der Erhebung 4024 PatientInnen und BewohnerInnen anwesend und man konnte die Daten von 3853 Personen erheben.

TeilnehmerInnen unter 18 Jahren wurden ausgeschlossen und so wurden insgesamt 3838 TeilnehmerInnen in die Datenanalyse eingeschlossen.

Nähere Informationen über die Beschreibung der Stichprobe befinden sich im Ergebnisteil.

4.3.2. Instrument

Bei dem verwendeten Instrument der europäischen Pflegequalitätserhebung handelt es sich um einen standardisierten Erfassungsbogen, der von der Universität Maastricht entwickelt und innerhalb einer internationalen Forschungsgruppe abgestimmt worden ist.

Die Entwicklung dieses Erhebungsbogens fand unter Berücksichtigung internationaler Literatur und unter Absprachen mit ExpertInnen zu den einzelnen Pflegeproblemen statt und es wurden gleichzeitig auch bereits vorhandene Messinstrumente berücksichtigt.

Das Institut für Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz übernahm die deutsche Version des Fragebogens, an dem nach einer Pilotstudie, Änderungen vorgenommen wurden.

Der Fragebogen erhebt Daten zu den Pflegephänomenen Dekubitus, Mangelernährung, Inkontinenz, Intertrigo, Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen.

Das Messinstrument besteht im Wesentlichen aus zwei Teilen.

Der erste, allgemeine Teil bezieht sich auf demographische Merkmale der TeilnehmerInnen, Angaben zur teilnehmenden Einrichtung und auf Qualitätsindikatoren.

Der zweite Teil beschäftigt sich mit den oben genannten Pflegephänomenen, die alle auf drei Ebenen untersucht werden.

1.Ebene…..das Profil der Einrichtung (Art der Einrichtung und Qualitätsindikatoren)

2.Ebene…..das Profil der Abteilung/des Wohnbereiches (Art der Abteilung/des Wohnbereiches und Qualitätsindikatoren)

3. Ebene… patientInnenbezogene Datenerhebung (Merkmale der Pflegeprobleme, präventive Maßnahmen und Behandlung)

Bei der dritten Ebene der Messinstrumentes werden die Pflegeprobleme jeweils einzeln nach ihrem Auftreten hin erfasst (siehe Anhang: Abschnitte 3a bis 3e des Fragebogens).
Der Abschnitt 3e behandelt das Modul Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen. Hierbei wird erhoben, ob der/die PatientIn/BewohnerIn in den letzten 7 Tagen fixiert wurde, wer die Fixierung anordnete, was der Hauptgrund für die Fixierung war, ob es zu Verletzungen kam und welche Verletzungen festgestellt wurden.

4.4. Datenanalyse

Die Auswertung der Daten der europäischen Pflegequalitätserhebung wurde mit dem Statistikprogramm Statistical Package for the Social Science (SPSS, Version 16.0 Deutsch) und Microsoft Excel 2003 durchgeführt. Für die Analyse wurden ausschließlich Daten von österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen herangezogen.
Die Daten wurden einerseits durch deskriptive Statistik ausgewertet, um die Stichprobe besser zu beschreiben und andererseits wurden statistische Tests, wie der Chi^2 - Test angewendet, um bivariate Vergleiche zwischen Krankenhäusern und Pflegeheimen bzw. zwischen nicht-fixierten und fixierten TeilnehmerInnen herauszufinden. Um Unterschiede zwischen Gruppen zu ermitteln wurde das Signifikanzniveau beim Chi^2 – Test bei $p<0,05$ festgelegt, da dies in der Pflegeforschung üblich ist (Burns & Grove 2005). Wurden die vorgeschriebenen Vorraussetzungen für den Chi^2- Test, dass jede erwartete Häufigkeit größer als fünf sein muss und keine der beobachteten Häufigkeiten null sein darf, nicht erfüllt, wurde der Fisher`s exakter Test durchgeführt (Weiß 2005). Durch die deskriptive Statistik wurden Mittelwerte, Häufigkeiten und Standardabweichungen berechnet und diese mittels Tabellen und Diagrammen graphisch dargestellt. Zur Beantwortung der dritten Forschungsfrage wurden die Mittelwerte der Pflegeabhängigkeitsskala zwischen nicht-fixierten und fixierten TeilnehmerInnen in Krankenhäusern und Pflegeheimen verglichen. Außerdem wurden die Mediane der einzelnen Bereiche der Pflegeabhängigkeitsskala berechnet und durch ein Netzdiagramm für nicht- fixierte und fixierte TeilnehmerInnen dargestellt. Es wurden auch die Mediane der einzelnen Bereiche der PAS für alle Fixierten im Krankenhaus und Pflegeheim durch ein Netzdiagramm berechnet.

.

5. Ergebnisse

In diesem Teil der Arbeit werden die Ergebnisse der Datenauswertung der europäischen Prävalenzerhebung zum Thema Freiheitsentziehende Maßnahmen dargestellt und auch Vergleiche zwischen Krankenhäusern und Pflegeheimen gezogen.

5.1. Beschreibung der Stichprobe

Am 13. April 2010, dem Tag der Erhebung, waren in den jeweils 18 Krankenhäusern und 18 Pflegeheimen insgesamt 4924 PatientInnen und BewohnerInnen anwesend.
Davon nahmen in den Krankenhäusern 78,3 Prozent und in den Pflegeheimen 78,2 Prozent teil. Somit wurden die Daten von insgesamt 3838 PatientInnen und BewohnerInnen hinsichtlich mehrerer Aspekte ausgewertet. Ferner wurden auch die Gründe für die Nichtteilnahme an der Erhebung erhoben. Die Häufigkeiten dieser werden nachfolgend in Abbildung 2 für Krankenhäuser und Pflegeheime getrennt dargestellt.

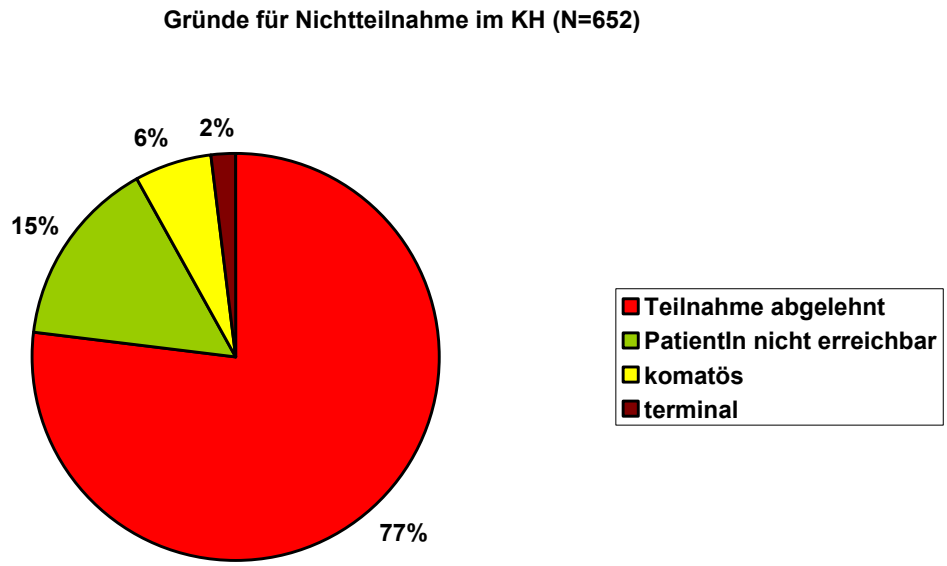


Abbildung 2: Gründe für die Nichtteilnahme im Krankenhaus (KH)

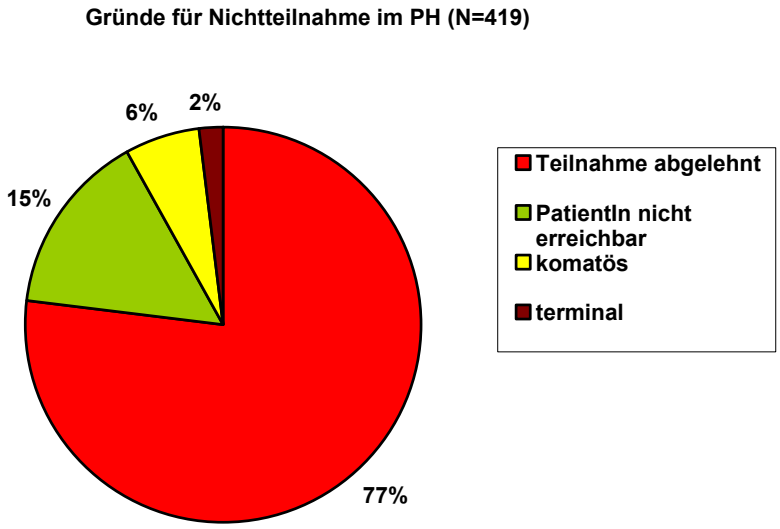


Abbildung 3: Gründe für die Nichtteilnahme im Pflegeheim (PH)

Sowohl im Krankenhaus als auch im Pflegeheim war der häufigste Grund für die Nichtteilnahme an der Erhebung, dass die PatientInnen und BewohnerInnen die Teilnahme ablehnten. Dies war im Krankenhaus in 62 % und im Pflegeheim in 77 % der Fälle zutreffend. Der zweithäufigste Grund in beiden Einrichtungen war die Abwesenheit/Unerreichbarkeit der PatientInnen und BewohnerInnen.

5.1.1. Alter und Geschlecht

In der nachfolgenden Tabelle 2 werden die TeilnehmerInnenanzahl, der Mittelwert (MW) und die Standardabweichung (SD) des Alters und der Mittelwert der Pflegeabhängigkeitsskala dargestellt. Des Weiteren wird die Geschlechterverteilung der PatientInnen und BewohnerInnen im Krankenhaus und Pflegeheim graphisch dargestellt.

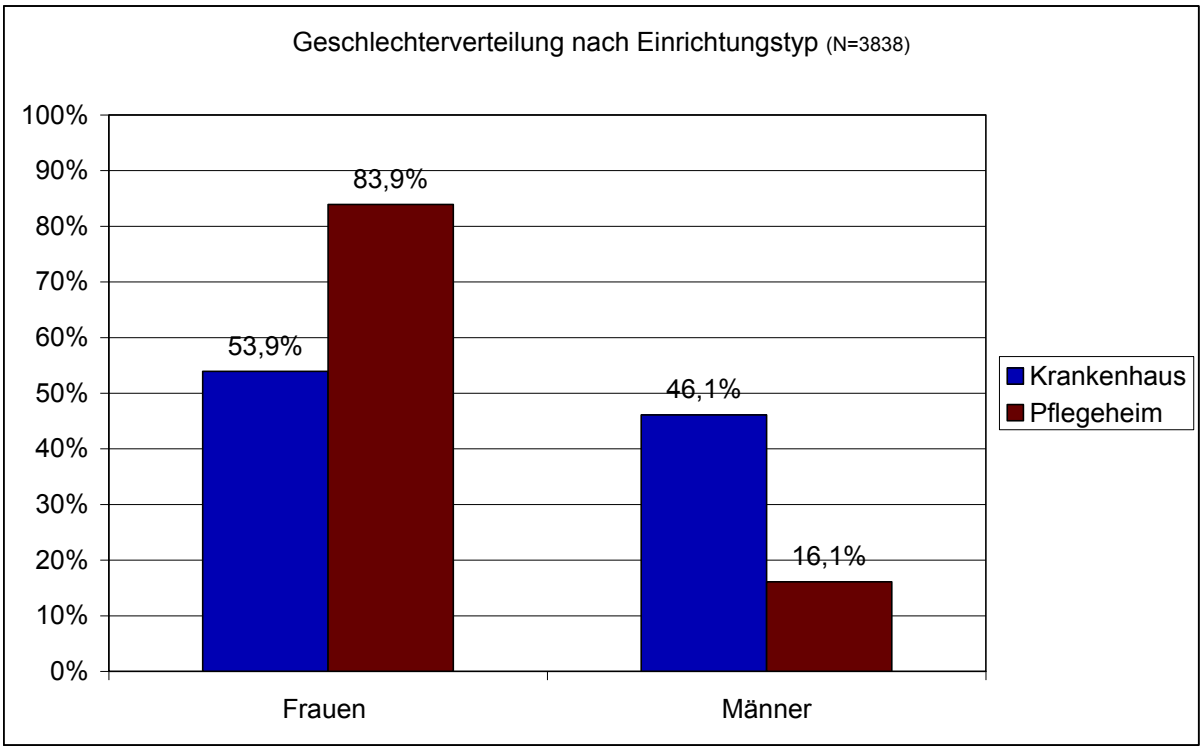
Tabelle 2: Mittelwerte des Alters und die Geschlechterverteilung in den Einrichtungen

Einrichtungstyp	**TeilnehmerInnen**	**Geschlecht**		**Alter**		**MW Pflegeabhängigkeit**
		w	**m**	**MW**	**SD**	
Krankenhaus	2336	1259	1077	65,6	16,8	66,42
Pflegeheim	1502	1261	241	84,2	9,49	40,05
Insgesamt	3838	2520	1318	75,1	13,24	53,24

Insgesamt nahmen 3838 PatientInnen und BewohnerInnen an der Erhebung teil. Im Krankenhaus hatten die PatientInnen ein durchschnittliches Alter von 65,6 Jahren und im Pflegeheim ein durchschnittliches Alter von 84,2 Jahren. Der durchschnittliche Summenwert der Pflegeabhängigkeitsskala lag bei 53,24. Im Krankenhaus erreichten die PatientInnen

einen durchschnittlichen Summenwert der PAS von 60,42 und im Pflegeheim von 40,05 Punkten. Dies bedeutet, dass die TeilnehmerInnen im Pflegeheim durchschnittlich pflegeabhängiger waren, als die TeilnehmerInnen im Krankenhaus.

Abbildung 4: Geschlechterverteilung nach Einrichtungstyp



In Abbildung 4 kann man erkennen, dass sowohl im Krankenhaus als auch im Pflegeheim mehr Frauen als Männer anwesend waren. Es zeigt sich auch, dass der Unterschied der Anzahl von Frauen und Männern im Pflegeheim größer ist, als im Krankenhaus. Im Gegensatz dazu war die Geschlechterverteilung im Krankenhaus fast ausgeglichen. Es gibt statistisch signifikante Unterschiede ($p<0,05$) in Bezug auf die Geschlechterverteilung in Krankenhäusern und Pflegeheimen.

5.1.2. Krankheitsbilder/ Pflegebedarf der TeilnehmerInnen

Im allgemeinen Teil des Fragebogens werden unterschiedliche Krankheitsbilder der TeilnehmerInnnen erhoben, wobei bei dieser Frage Mehrfachantworten möglich waren.
Getrennt für Krankenhaus und Pflegeheim werden diese in Häufigkeiten in der nachfolgenden Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3: Krankheitsbilder nach Einrichtungstyp

Krankheitsbilder/Pflegebedarf (Mehrfachantworten möglich)			
	Krankenhaus	Pflegeheim	Gesamt
	% (n)	% (n)	% (n)
Herz- und Gefäßerkrankungen	38,7% (905)	59,5% (893)	46,8 (1798)
Erkrankungen des Bewegungsapparates	31,1% (726)	42,5% (638)	35,5% (1364)
Erkrankungen des Verdauungstrakts einschl. Darmobstruktion…	24,7% (576)	22,9% (344)	24% (920)
Angewiesen auf Hilfe im täglichen Leben	21,1% (493)	78,4% (1178)	43,6% (1672)
Angewiesen auf Hilfe im Haushalt	21,1% (493)	55,8% (838)	34,7% (1331)
Krebs	20,9% (489)	8,1% (122)	
Erkrankungen der Nieren/ Harnwege, Geschlechtsorgane	17,7% (414)	22% (330)	19,4% (744)
Atemwegserkrankungen, einschl. Nase und Tonsillen	15,9% (371)	10.2% (153)	13,7% (524)
Diabetes Mellitus	14,6% (343)	19,1% (287)	16,4% (630)
Endokrine, Ernährungs- oder Stoffwechselerkrankungen	12,3% (288)	14% (211)	13% (499)
Erkrankungen des Nervensystems (Ausnahme: Schlaganfälle)	8% (188)	15,9% (239)	11,1% (427)
Erkrankungen am Auge/Ohr	8,9% (208)	19,8% (297)	13,2% (505)
Sonstiges	7,7% (180)	8,7% (131)	8,1% (311)
totale Hüftprothese	5,6% (130)	6,9% (103)	6,1% (233)
psychische Störung	5,5% (128)	22% (331)	12% (495)
Schlaganfall/Hemiparese	5,4% (126)	17,2% (259)	13,7% (524)
Infektionskrankheit	5,4% (127)	4,3% (64)	5% (191)
Unfallverletzung(en) und unerwünschte Unfallfolgen	5,4% (127)	8,2% (123)	6,5% (250)

Blutkrankheit oder Erkrankung eines blutbildenden Organs	4,3% (100)	5,4% (81)	4,7% (181)
Demenz	3,6% (84)	58,9% (884)	25,2% (968)
Hauterkrankung	3,5% (82)	7,4% (111)	5% (193)
Querschnittsläsion	0,1% (2)	0,5% (8)	0,3% (10)
Kongenitale Abweichungen	0,1% (3)	2,8% (42)	1,2% (45)
Keine genaue(n) Diagnose(n) möglich	0,1% (3)	0,3% (4)	0,2% (7)

Die häufigsten drei Krankheitsbilder der TeilnehmerInnen waren das Angewiesen sein auf Hilfe im täglichen Leben mit 43,6%, Herz- und Gefäßerkrankungen mit 46,8 % und Erkrankungen des Bewegungsapparates mit 35,5%.

Im Krankenhaus traten bei den PatientInnen am häufigsten Herz- und Gefäßerkrankungen (38,7%) und Erkrankungen des Bewegungsapparates (31,1%) auf, im Pflegeheim dagegen herrschte eher das Angewiesensein auf Hilfe im täglichen Leben (78,4%) und Demenz (58,9%) vor.

5.2. Prävalenz von FEM

In der folgenden Tabelle 4 wird die Prävalenz von FEM im Krankenhaus, Pflegeheim und Insgesamt dargestellt, um sichtbar zu machen, wie viele PatientInnen/BewohnerInnen in den letzten sieben Tagen der Erhebung fixiert wurden. Ferner wird in diesem Abschnitt dargestellt, wer die Anwendung von FEM anordnete, ob es zu Verletzungen kam und welche Verletzungen nach der Anwendung von FEM auftraten.

Tabelle 4: Prävalenz von FEM nach Einrichtungstyp

Fixierung	KH (n)	PH (n)	Gesamt (n)
Ja	6,3% (147)	29,4% (442)	15,3% (589)
Nein	93,5% (2185)	70,6% (1060)	84,5% (3245)
Unbekannt	0,2% (4)	-	0,2 % (4)
Gesamt	100% (2336)	100% (1502)	100% (3838)

Die Prävalenz von FEM im Krankenhaus liegt bei 6,3% (N=2336) und im Pflegeheim bei 29,2% (N=1502). Insgesamt beträgt die Prävalenz von FEM 15,3% (N=3838), was bedeutet, dass insgesamt 589 PatientInnen/BewohnerInnen fixiert wurden. Ferner gibt es einen statistisch signifikanten Unterschied ($p<0,05$) zwischen den Einrichtungen in Bezug auf die Prävalenz von FEM.

Das bedeutet, dass BewohnerInnen im Pflegeheim häufiger fixiert wurden, als KrankenhauspatientInnen.

In der folgenden Abbildung 4 wird die Prävalenz der Einrichtungstypen graphisch dargestellt, wobei man erkennen kann, dass in Pflegeheimen (29,4%) häufiger FEM angewandt wurden als in Krankenhäusern (6,3%).

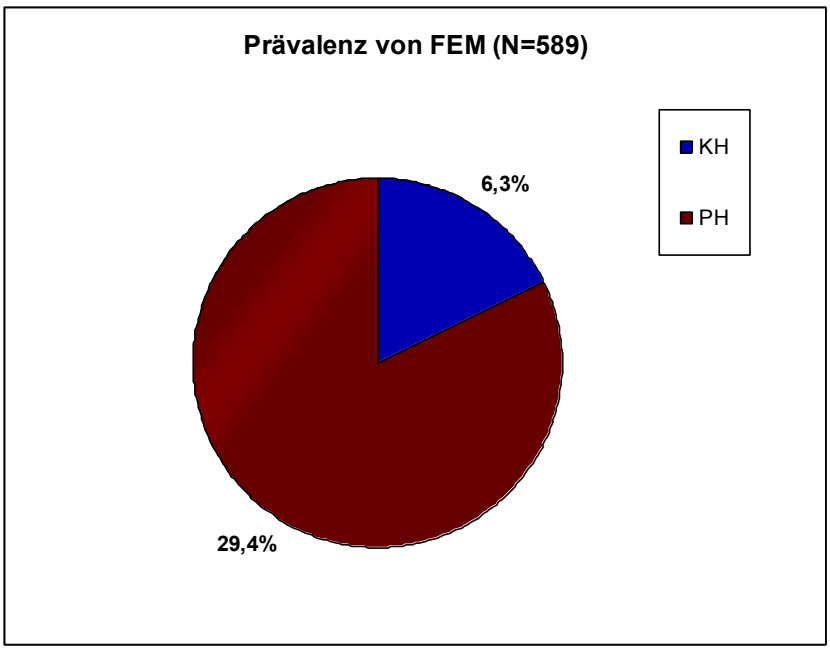


Abbildung 5: Prävalenz von FEM nach Einrichtungstyp

Nachfolgend wird in Abbildung 6 die Geschlechterverteilung bei den fixierten TeilnehmerInnen dargestellt.

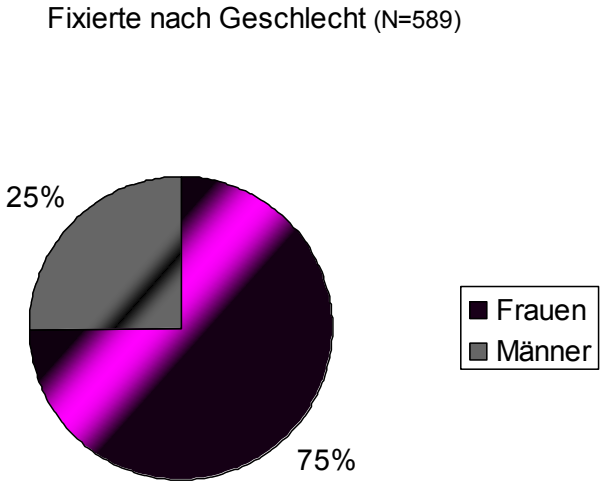


Abbildung 6: Geschlechterverteilung von fixierten TeilnehmerInnen

25% der Fixierten waren Männer und 75% der Fixierten waren Frauen. Es wurde ein statistisch signifikanter Unterschied in Bezug auf das Geschlecht gefunden.
Dies bedeutet, dass signifikant mehr Frauen als Männer fixiert wurden.

5.2.1. Fixierte nach Altersgruppen

Um herauszufinden, welche Altersgruppe im Pflegeheim und im Krankenhaus am häufigsten fixiert wurde, wurden die fixierten TeilnehmerInnen in 4 Altersgruppen eingeteilt (Tabelle 5). Die erste Gruppe war die der 18- 64 Jährigen, die zweite war die der 65-74 Jährigen, die dritte die der 75-84 Jährigen und die vierte wurde aus den über 85 Jährigen gebildet.

Tabelle 5: Fixierte TeilnehmerInnen nach Altersgruppen und Einrichtungstyp

Fixiert nach Altersgruppen/ Einrichtungstyp										
Alters-gruppe in Jahren	**18- 64**		**65- 74**		**75- 84**		**85+**		**Gesamt**	
	%	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**
KH	19,7%	29	24,5%	36	34%	50	21,8%	32	100%	**147**
PH	4,8%	21	12,4%	55	26%	115	56,8%	251	100%	**442**

Am häufigsten wurden im Pflegeheim Personen im Alter von 85 oder älter (56,8%) fixiert. Im Krankenhaus wurden am häufigsten Personen im Alter von 75-84 Jahren (34%) fixiert.
Die Gruppe der 18-64 Jährigen wurde sowohl im Krankenhaus, als auch im Pflegeheim am seltensten fixiert. Ferner wurde ein statistisch signifikanter Unterschied in Bezug auf die Einrichtungstypen herausgefunden.

5.2.2. Krankheitsbilder/ Pflegebedarf von fixierten und nicht-fixierten TeilnehmerInnen

Um zu erheben, ob sich die Krankheitsbilder von fixierten und nicht-fixierten TeilnehmerInnen unterscheiden, wurde diese Häufigkeit berechnet. In der nachfolgenden Tabelle 6 werden jene, die einen signifikanten Unterschied zwischen fixierten und nicht fixierten TeilnehmerInnen zeigten, dargestellt.

Tabelle 6: Krankheitsbilder von nicht Fixierten/Fixierten

	Nicht fixiert (N=3245)	Fixiert (N=589)
Herz- und Gefäßerkrankungen	44,3% (1528)	59,2% (356)
Erkrankungen des Bewegungsapparates	35,4% (1222O	41,1% (247)
Erkrankungen des Verdauungstrakts einschl. Darmobstruktion…	22,4% (772)	28,5% (171)
Angewiesen auf Hilfe im täglichen Leben	36% (1241)	78,4% (471)
Angewiesen auf Hilfe im Haushalt	30,4% (1050)	55,4% (333)
Erkrankungen der Nieren/ Harnwege, Geschlechtsorgane	17,6% (609)	24,6% (148)
Atemwegserkrankungen, einschl. Nase und Tonsillen	12,9% (444)	16,3% (98)
Diabetes Mellitus	15,3% (528)	20,5% (123)
Erkrankungen des Nervensystems (Ausnahme: Schlaganfälle)	10,3% (356)	21% (126)
Erkrankungen am Auge/Ohr	12,1% (417)	16,5% (99)
totale Hüftprothese		
psychische Störung	10,3% (354)	21,8% (131)
Schlaganfall/Hemiparese	8,1% (280)	23,3% (140)
Infektionskrankheit	4,1% (141)	9% (54)
Unfallverletzung(en) und unerwünschte Unfallfolgen	6,5% (223)	10% (60)
Demenz	19,1% (661)	53,4% (321)
Hauterkrankung	4,2% (146)	9% (54)

Querschnittsläsion	0,2% (6)	0,8% (5)
Kongenitale Abweichungen	1% (33)	2,3% (14)
Krebs	16% (552)	10,6% (64)

Beim Vergleich der Krankheitsbilder zwischen fixierten und nicht-fixierten TeilnehmerInnen ergibt sich bei insgesamt 19 Krankheitsbildern, die in Tabelle 6 dargestellt werden, ein signifikanter Unterschied ($p<0,05$).

Fixierte TeilnehmerInnen waren am häufigsten auf Hilfe im täglichen Leben angewiesen (78,4%), litten an Herz- und Gefäßerkrankungen (59,2%) oder waren auf Hilfe im Haushalt angewiesen (55,4%). Im Gegensatz dazu litten nicht-fixierte TeilnehmerInnen am häufigsten an Herz- und Gefäßerkrankungen (44,3%), waren auf Hilfe im täglichen Leben angewiesen (36%) und wiesen Erkrankungen des Bewegungsapparates auf (35,4%).

5.3. Anordnung der FEM

In der nachfolgenden Abbildung 7 wird die Anordnung von FEM nach dem Einrichtungstyp dargestellt.

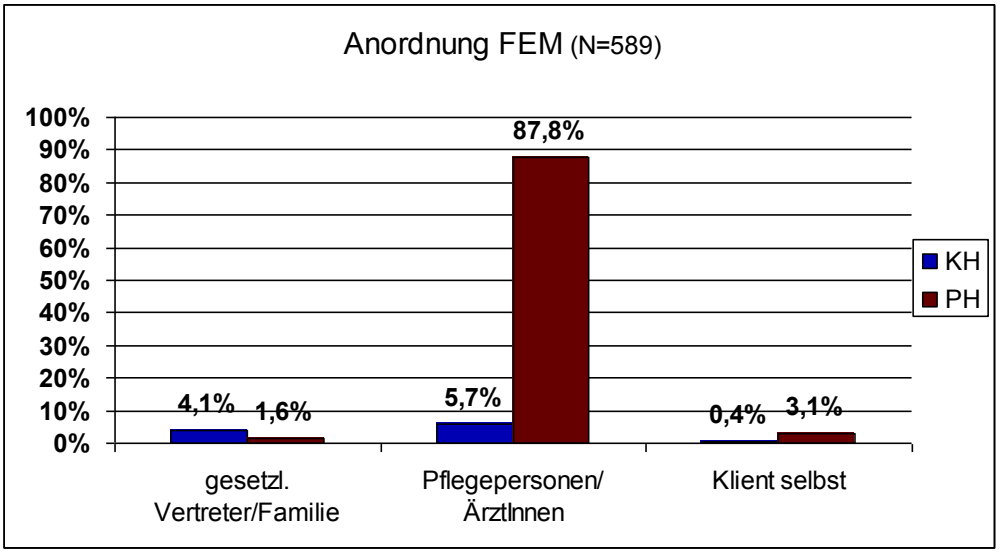


Abbildung 7: Anordnung von FEM nach Einrichtungstyp

Sowohl im Krankenhaus als auch im Pflegeheim wurde die Anwendung von FEM am häufigsten vom Pflege- oder dem ärztlichen Personal angeordnet. Im Krankenhaus wurde in 5,7% und im Pflegeheim in 87,6% die Anwendung von FEM vom pflegerischen-/ärztlichen Personal angeordnet. Im Krankenhaus wurde die Fixierung am seltensten von den PatientInnen selbst und im Pflegeheim am seltensten von den gesetzlichen VertreterInnen oder der Familie angeordnet.

5.3.1. Verletzungen nach der Anordnung von FEM

Nach der Anwendung von FEM kam es bei einem geringen Prozentsatz von 0,8 (N=589) zu Verletzungen. Es konnte kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Krankenhaus und Pflegeheim in Bezug auf das Auftreten von Verletzungen nach der Anwendung von FEM festgestellt werden (Abbildung 8).

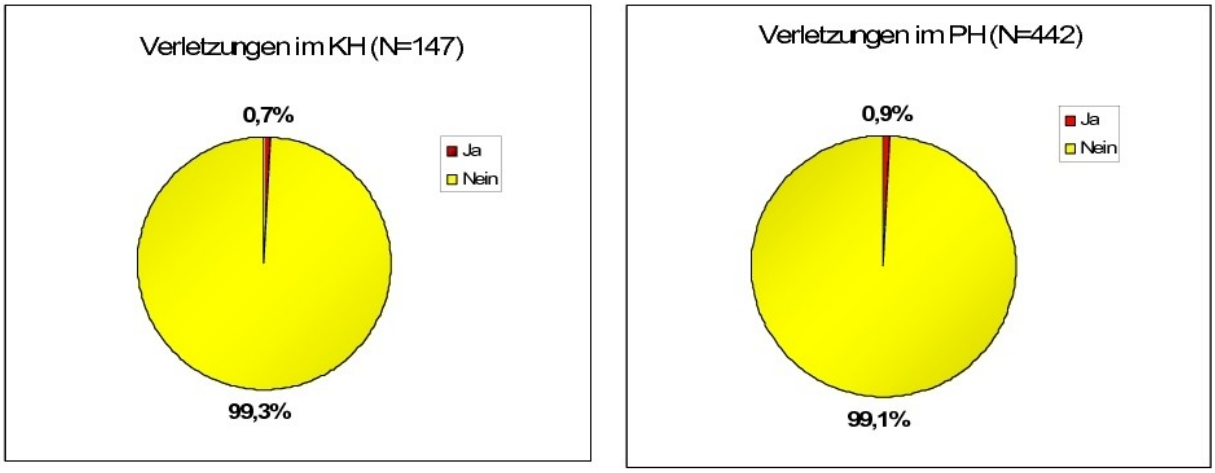


Abbildung 8: Verletzungen nach Einrichtungstyp

Im Krankenhaus traten bei 0,7% der Fixierten und im Pflegeheim bei 0,9% der Fixierten Verletzungen auf.

Des Weiteren wurde erhoben, um welche Verletzungen es sich handelte.

Die Einteilung erfolgte in minimale und mittlere Verletzungen, wobei unter minimalen Verletzungen beispielsweise blaue Flecken und unter mittleren Verletzungen schwere Schürf- und Schnittwunden verstanden werden.

Im Krankenhaus wurde ein/e PatientIn, im Pflegeheim 3 BewohnerInnen leicht verletzt. Von den insgesamt fünf verletzten TeilnehmerInnen wies eine Person mittlere Verletzungen auf.

5.3.2. Arten von FEM

In Tabelle 7 werden Häufigkeiten der Arten von FEM hinsichtlich des Einrichtungstyps unterschieden.

Tabelle 7: Arten von FEM nach Einrichtungstyp

	KH (n)	PH (N=590)
Bettgitter	23,7% (140)	66,3% (391)
PatientInnenschutzdecke	-	0,2% (1)
Bettgurte	0,3% (2)	-
Stuhlgurte	0,2% (1)	9,5% (56)
(Roll-)stuhl mit Tisch	1,4% (8)	7,5% (44)
Nach hinten gekippter Stuhl	0,5% (3)	0,3% (2)
Isolation/Separation	0,2% (1)	-
Domotika	0,8% (5)	2,5% (15)
Verhaltensbeeinflussende Medikation	2,2% (13)	2,2% (13)
Individuelle Verabredungen	0,2% (1)	-
Sonstiges	1,4% (8)	6,3% (45)

Sowohl im Krankenhaus als auch im Pflegeheim wurden Bettgitter am häufigsten verwendet, wobei der Anteil im Pflegeheim mit 66,3% viel höher ist als im Krankenhaus, wo er 23,7% beträgt.

Insgesamt kann man erkennen, dass im Pflegeheim überhaupt öfter FEM angewendet werden, wobei Stuhlgurte und Rollstühle mit Tischen häufig verwendete Maßnahmen darstellen. Ferner wurde ein statistisch signifikanter Unterschied in Bezug auf die unterschiedlichen Arten von FEM im Krankenhaus und Pflegeheim gefunden ($p<0,05$).

5.4. Gründe für die Anwendung von FEM (N=589)

Um in Erfahrung zu bringen, welche Gründe für die Anwendung von FEM genannt wurden, wurde auch diese Häufigkeit berechnet und wird in der nachfolgenden Tabelle 8 dargestellt.

Tabelle 8: Gründe für die Anwendung von FEM nach Einrichtungstyp

	KH (n)	PH (n)
Unbekannt	0,0%	0,8% (5)
Sturzprävention	18,2% (107)	53,8% (317)
Ermöglichung der medizinischen Behandlung	1,5% (9)	0,3% (2)
Umherirren der PatientIn	1,2% (7)	3,4% (20)
aggressives Verhalten	0,5% (3)	0,2% (1)
Nachtruhe	1,5% (9)	11,4% (67)
Sonstiges	2,0% (12)	5,1% (30)

Die Sturzprävention wird sowohl im Krankenhaus als auch im Pflegeheim als häufigster Grund für die Anwendung von FEM angegeben. Im Pflegeheim wurde bei 53,8% der fixierten BewohnerInnen und im KH bei18, 2% der fixierten PatientInnen FEM als Maßnahme zur Sturzprävention verwendet. Der zweithäufigste Grund im Pflegeheim war die Nachtruhe mit 11,4% und im Krankenhaus wurde Sonstiges als zweithäufigster Grund angegeben.

5.4.1 Fixierung und Sturz

In der nachfolgenden Abbildung 9 wird die Häufigkeit der gestürzten und nicht-gestürzten TeilnehmerInnen, die fixiert wurden, hinsichtlich des Einrichtungstyps dargestellt.

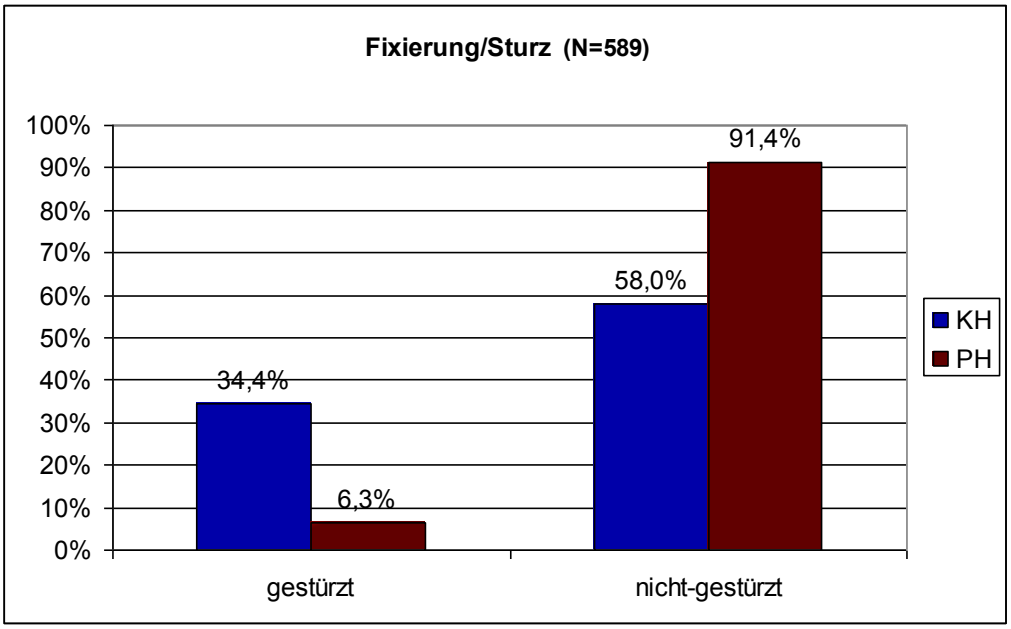


Abbildung 9: Sturz bei Fixierten hinsichtlich des Einrichtungstyps

Von den Fixierten im KH sind 34,4% und von den Fixierten im Pflegeheim sind 6,3% in den letzten 30 Tagen gestürzt. 91,4 % der Fixierten im Pflegeheim und 58% der Fixierten im Krankenhaus sind nicht gestürzt. Es wurde ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Einrichtungstypen herausgefunden, was bedeutet, dass im Krankenhaus mehr PatientInnen fixiert wurden, die in den letzten 30 Tagen gestürzt sind als im Pflegeheim.

5.5. Pflegeabhängigkeit und FEM

Um den Zusammenhang zwischen der Pflegeabhängigkeit und der Anwendung von FEM zu ermitteln, wurden die Summenwerte der PAS bei nicht-fixierten und fixierten TeilnehmerInnen errechnet und werden in der nachfolgenden Tabelle 9 dargestellt.

Tabelle 9: Summenwerte der Pflegeabhängigkeitsskala bei nicht-fixierten und fixierten TeilnehmerInnen im Krankenhaus und Pflegeheim

	KH	PH	Gesamt
Nicht-Fixiert	68,44	45,17	61,19
Fixiert	36,86	27,79	30,11
Unbekannt	51	-	51

Die Summenwerte der Pflegeabhängigkeitsskala von nicht-fixierten TeilnehmerInnen zeigen, dass nicht-fixierte PflegeheimbewohnerInnen mit 45,17 Punkten insgesamt pflegeabhängiger waren als nicht-fixierte PatientInnen im Krankenhaus mit 68,44 Punkten. Ferner erreichten Fixierte im Pflegeheim niedrigere Summenwerte bei der PAS als Fixierte im Krankenhaus, was bedeutet, dass fixierte BewohnerInnen abhängiger waren, als fixierte PatientInnen.
In der nachfolgenden Abbildung 10 werden die Mediane der Items der PAS bei fixierten TeilnehmerInnen zwischen Krankenhaus und Pflegeheim unterschieden.

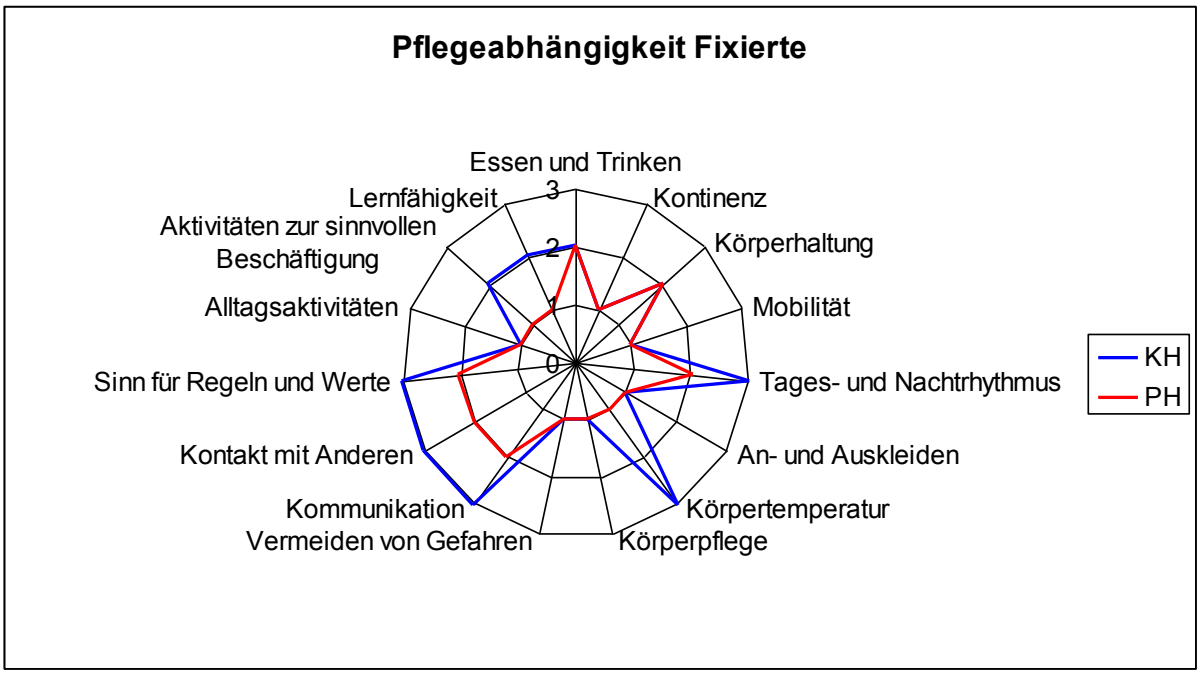


Abbildung 10: Pflegeabhängigkeit von Fixierten nach Einrichtungstyp

Auch bei den fixierten TeilnehmerInnen zeigt sich das gleiche Bild, nämlich, dass PflegeheimbewohnerInnen, die fixiert wurden, pflegeabhängiger waren als fixierte PatientInnen im Krankenhaus. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass fixierte TeilnehmerInnen sowohl im Krankenhaus als auch im Pflegeheim pflegeabhängiger waren als nicht-fixierte TeilnehmerInnen.
Fixierte im Pflegeheim waren besonders abhängig in den Bereichen Alltagsaktivitäten, Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung, Lernfähigkeit, Kontinenz, Mobilität, An- und Auskleiden, Körpertemperatur, Körperpflege und Vermeiden von Gefahren.

In Abbildung 11 werden nun die Mediane der Items der PAS zwischen nicht-fixierten und fixierten TeilnehmerInnen unterschieden.

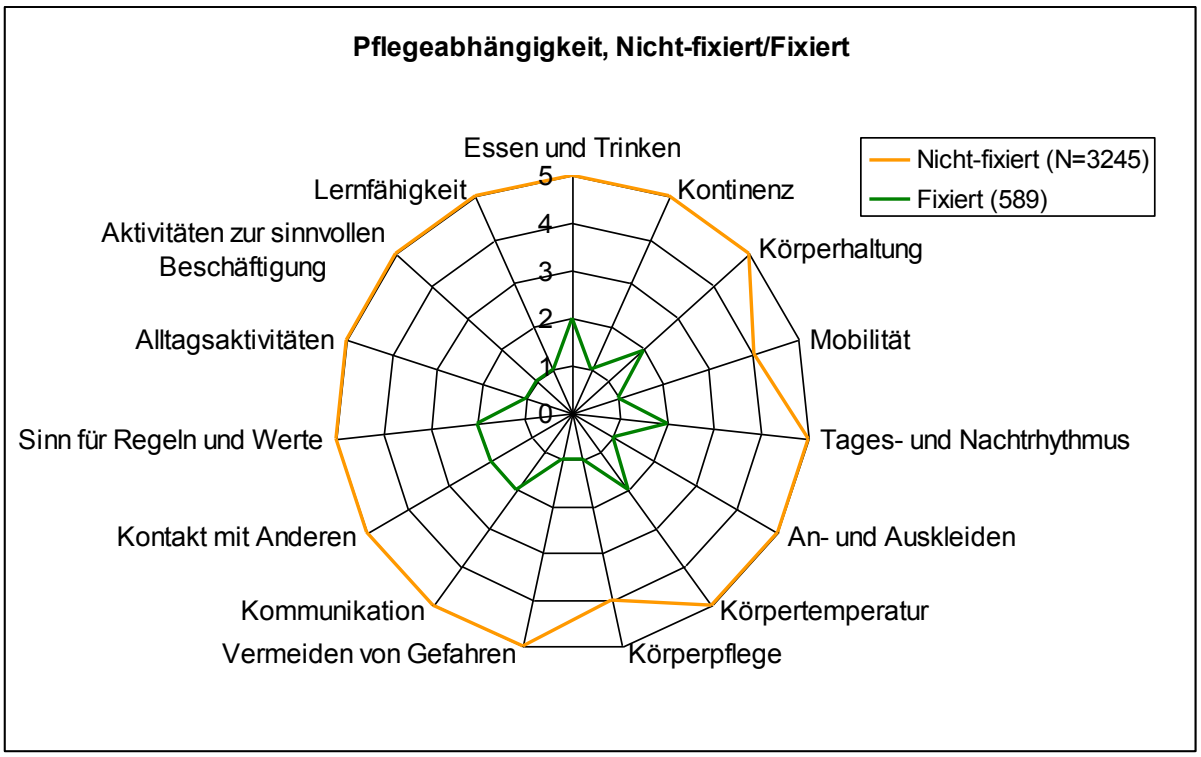


Abbildung 11: Pflegeabhängigkeit von Fixierten/nicht Fixierten

Man kann erkennen, dass fixierte TeilnehmerInnen eher pflegeabhängig waren als Nicht-Fixierte. Nicht-fixierte TeilnehmerInnen waren in den Bereichen Vermeiden von Gefahren, Kommunikation, Kontakt mit Anderen, Sinn für Regeln und Werte, Alltagesaktivitäten und Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung, Lernfähigkeit, Essen und Trinken, Körperhaltung, Tages- und Nachtrhythmus, An- und Auskleiden und Körpertemperatur völlig unabhängig. Im Gegensatz dazu wiesen fixierte TeilnehmerInnen in den Bereichen Körperpflege, Vermeiden von Gefahren, Alltags- und Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung, Lernfähigkeit, Kontinenz, Mobilität und An- und Auskleiden sehr große Defizite auf. Zusammenfassend wiesen fixierte TeilnehmerInnen eine höhere Pflegeabhängigkeit als nicht-fixierte TeilnehmerInnen auf.

6. Diskussion

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse dieser Arbeit mit denen aus internationalen Studien verglichen und diskutiert. Auch werden die Limitationen dieser Arbeit aufgezeigt und Empfehlungen für die Praxis und weiterführende Forschung gegeben.

6.1. Prävalenz von Freiheitsentziehenden Maßnahmen

Diese Studie kam zu einer Gesamtprävalenz von FEM von 15,3% (N=3838). Diese teilt sich in 6,3% im Krankenhaus und 29,4% im Pflegeheim. Im Vergleich zur Prävalenzrate der österreichischen Pflegequalitätserhebung von 2009, die im Krankenhaus bei 7,2% und im Pflegeheim bei 34,6% lag, hat sich sie Prävalenz etwas verringert (Schüssler 2009).
Die Prävalenz der FEM in dieser Studie im Pflegeheim ist deutlich höher als die im Krankenhaus, was die Ergebnisse anderer Studien bestätigt (Schüssler 2009, Joanna Briggs Institute 2002). Dies könnte dadurch zustande gekommen sein, dass die BewohnerInnen im Pflegeheim eher pflegeabhängig sind als KrankenhauspatientInnen und dies auch als ein Risikofaktor für die Anwendung von FEM beschrieben wird (Dever Fitzgerald, Hadjistavropoulos & MacNab 2009, Joanna Briggs Institute 2002, Ljunggren, Phillips & Sgadari 1997).
Beim Vergleich der Prävalenzrate dieser Studie im Pflegeheim mit anderen Prävalenzstudien, ist ersichtlich, dass die Rate von 29,4% im Durchschnitt liegt. So kommen andere Studien aus Skandinavischen Ländern zu Prävalenzraten von 23,1% (N=1362) und 38,4% (N=25108) in Pflegeheimen (Kirkevold, Sandvik & Engedal 2004, Kirkevold, Laake & Engedal 2003). Auch eine Studie aus Deutschland berichtet über eine Prävalenz von FEM von 26,2% (N=2367) in Pflegeheimen (Meyer et al. 2008).
Eine andere Studie aus Deutschland kommt zu einem ähnlichen Ergebnis mit einer Prävalenz von 30,3% (N=129) im Pflegeheim (Bredthauer et al. 2005).

Die Prävalenz im Krankenhaus von 6,3% ist im Vergleich zu anderen Studien eher gering. So kam eine Studie aus England, die die Prävalenz in Akutkrankenhäusern untersuchte, zu einer Prävalenz von 25,7% von beidseitigen und 9,3% von einseitigen Bettgittern (Healey, Cronberg & Oliver 2009). Es gibt aber auch Studien, die eine extrem hohe Prävalenzrate erreichten, wie die von Akansel 2009, die eine Prävalenz von 90,5% in Krankenhäusern beschreibt. Jedoch muss man dieses Ergebnis sehr kritisch betrachten, da in dieser Studie nur Intensivstationen miteinbezogen wurden und es dadurch zu einer Überschätzung der Prävalenz gekommen sein kann.

Auch in einer Studie aus Hong Kong kommt man zu einem sehr hohen Ergebnis. Bei dieser Studie gaben 73,8% (N=187) der Pflegepersonen an, FEM oder Druck in den letzten Monaten angewendet zu haben (Yan et al. 2009). Auch diese Prävalenz ist sehr hoch und muss mit Vorsicht betrachtet werden, da die Anwendung von FEM in Hong Kong sehr häufig ist und es dort auch keine Regulationen für die Anwendung von FEM gibt (Yan et al. 2009).
In einer Studie aus Australien kam man zu einem ähnlichen Ergebnis, wie in dieser Studie. Hier betrug die Prävalenz von FEM 9,4% im Krankenhaus (Irving 2004).

Bei der Geschlechteraufteilung der Fixierten wurden in dieser Studie Frauen signifikant häufiger fixiert als Männer. Auch bei der Studie von Wynn 2002 und bei der Studie von Hamers, Gulpers und Strik 2002 wurden Frauen häufiger fixiert als Männer. Jedoch gibt es auch andere Ergebnisse. So wurden bei der Studie von Minnick et al. 2007 eher Männer als Frauen fixiert. Dieses Ergebnis ist abhängig von der Geschlechterverteilung der Gesamtstichprobe.

In dieser Studie wurden FEM am häufigsten von Pflegepersonen und dem ärztlichen Personal angeordnet und dies sowohl im Krankenhaus, als auch im Pflegeheim. Dieses Ergebnis deckt sich mit dem von Schüssler 2009. In einer anderen Studie aus Deutschland wurde die Anordnung am häufigsten vom Gericht übernommen (Meyer et al. 2008).

6.1.1. Alter und FEM

Am häufigsten wurden in dieser Studie BewohnerInnen im Pflegeheim im Alter von 85 Jahren oder älter fixiert (56,8%, N=442). Dieses Ergebnis findet sich auch in anderen Studien wieder, wie die von Hamers, Gulpers und Strik 2002, in der Fixierte ein höheres Alter aufwiesen, als Nicht-Fixierte. Dieses Ergebnis wird dadurch gefestigt, dass das Alter in anderen Studien auch als ein Risikofaktor für die Anwendung von FEM gesehen wird (Hamers & Huizing 2005, Hamers, Gulpers & Strik 2002, Wynn 2002).
Im Krankenhaus wurde am häufigsten die Gruppe der 75-84 Jährigen fixiert. Auch in der Studie von Wynn 2002 wurde die Gruppe der 60- 79 Jährigen am häufigsten durch die Gabe von Medikamenten in ihrer Freiheit eingeschränkt (24,6%, N=156).

6.1.2. Verletzungen durch FEM

Im Krankenhaus traten in 0.7 % und im Pflegeheim in 0.9% (N=589) der Fixierten Verletzungen auf, wobei eine Person, der insgesamt fünf Verletzten eine mittlere Verletzung aufwies. Dies ist zwar ein sehr geringer Anteil, jedoch trotzdem nicht zu unterschätzen. In

der Studie von Mamun und Lim 2005 kam es bei 62.5% (N=32) der Fixierten zu Verletzungen. Des Weiteren wiesen 9.4% (N=31) Druckgeschwüre und 3.1 % eine Venenthrombose auf (Mamun & Lim 2005). Auch eine andere Studie kam zu einer geringen Anzahl an Komplikationen nach der Anwendung von FEM. In dieser kam es bei 7% der Fixierten (N=304) zu kleineren Komplikationen, wie Erbrechen, erhöhter Agitation und Entfernung der FEM (Zun 2003).

6.1.3. Arten von FEM

In dieser Studie wurden sowohl im Krankenhaus als auch im Pflegeheim am häufigsten Bettgitter als Maßnahme der Freiheitsentziehung genannt.
Auch in einer anderen Studie in den Niederlanden wurden 98% (N=128) der Fixierten durch Bettgitter in ihren Bewegungen beschränkt (Hamers, Gulpers & Strik 2002).
Zu diesem Ergebnis kommt auch eine Studie aus Australien, in der die PatientInnen auch am häufigsten durch den Einsatz von Bettgittern fixiert wurden (Irving 2004). Und auch eine Studie aus Deutschland bestätigt dieses Ergebnis (Meyer et al. 2008).
In der Studie von Capezuti et al. 2002 wurden ebenfalls Bettgitter als eine häufige Form der FEM verwendet.

6.1.4. Krankheitsbilder

Fixierte TeilnehmerInnen in dieser Studie waren am häufigsten auf Hilfe im täglichen Leben (78.4%, N=601) angewiesen. Des Weiteren litten 59.2% (N=601) an Herz- und Gefäßerkrankungen und 55.4% waren auf Hilfe im Haushalt angewiesen. Auch in anderen Studien waren fixierte TeilnehmerInnen oft auf Hilfe im täglichen Leben angewiesen und auch ihre psychosozialen Fähigkeiten waren eingeschränkt (Castle & Engberg 2009, Hamers, Gulpers & Strik 2002).

6.2. Gründe für die Anwendung von FEM

In dieser Arbeit wurde herausgefunden, dass der häufigste Grund für die Anwendung von FEM sowohl im Krankenhaus, als auch im Pflegeheim die Sturzprävention darstellt. Dieses Ergebnis untermauern auch die Ergebnisse aus anderen Studien zu diesem Thema (Irving 2004, Werner 2002, Karlsson et al. 2001). Auch eine Untersuchung in Akutkrankenhäusern in England kam zu dem Ergebnis, dass FEM, in diesem Fall beidseitige Bettgitter, am häufigsten aus Gründen der Sturzprävention angewendet wurden (Healey, Cronberg & Oliver 2009). Im Gegensatz zu dem Ergebnis dieser Studie, in der 18,2% der Pflegepersonen im Krankenhaus die Sturzprävention als Grund angaben, waren es in der Studie von Healey, Cronberg und Oliver 2009 74,4%, was eine deutlich höhere Häufigkeit darstellt, obwohl die Stichprobe im Vergleich zu dieser geringer war. Im Pflegeheim war die Sturzprävention in 53,8% der Fälle Grund für die Anwendung von FEM, was ein ähnliches Ergebnis darstellt, wie das der Studie von Karlsson et al. 2001. In dieser war Sturzprävention mit 44% der häufigste Grund der Anwendung von FEM im Pflegheim. Die Anwendung von FEM aus Gründen der Sturzprävention ist umstritten, da andere Studien zu dem Ergebnis kamen, dass dies keine effektive Maßnahme darstellt (Fonad et al. 2008).

Um die medizinische Behandlung zu ermöglichen wurde nur in 1,5% der Fälle im Krankenhaus und 0,3% im Pflegheim FEM angewendet, was ein sehr geringes Ergebnis darstellt, wenn man andere Studien in Anschein nimmt. So gaben in der Studie von Choi und Song 2003 fast die Hälfte der Pflegepersonen an (48,6%, N=138), FEM anzuwenden, um die Platzierung medizinischer Hilfsmittel an PatientInnen sicherzustellen und sie am entfernen dieser zu hindern.

Auch der Grund, dass FEM angewendet wird, um die Gabe von Medikamenten zu erleichtern, könnte in diese Kategorie eingeordnet werden und dies wurde auch in der Studie von Saarnio und Isola 2009 von den Pflegepersonen als Grund angegeben.

In einer Studie in Norwegen wurde die Ermöglichung der medizinischen Behandlung als dritthäufigster Grund (11,4%, N=1424) für die Anwendung von FEM im Pflegeheim angegeben (Kirkevold & Engedal 2004). Diese Unterschiede in den Häufigkeiten können dadurch zustande gekommen sein, dass die Gründe auch innerhalb verschiedener Stationen variieren, da beispielsweise die Ermöglichung der medizinischen Behandlung auf Intensivstationen sicher ein häufigerer Grund für die Anwendung von FEM ist, als auf medizinischen Stationen. So war auch bei einer Untersuchung auf Intensivstationen in der Türkei der häufigste Grund für die Anwendung von FEM, dass die Entfernung der medizinischen Hilfsmittel verhindert wird (Akansel 2007). Auch in der Studie von Sandhu et al. 2010 ordneten Psychiater und Internisten weniger häufig FEM an, als andere Ärzte.

In dieser Studie war der zweithäufigste Grund für die Anwendung von FEM im Pflegheim das Umherirren der PatientInnen mit 3,4% (N=589). Dieser Grund wird auch in anderen Studien in Pflegeheimen genannt (Hamers & Huizing 2005, Irving 2004, Gallinagh et al. 2002).
Ein geringer Prozentsatz von 0,5% im Krankenhaus und 0,2% im Pflegeheim gab als Grund für die Anwendung von FEM das aggressive Verhalten der PatientInnen an. Auch in einer Studie in Australien wurde der Beweggrund „Verletzungsprävention des Personals“ nur von 7% (N=256) der Pflegepersonen angegeben (Irving 2004).

6.2.1. Sturz und Fixierung

91,4% der Fixierten im Pflegeheim und 58% der Fixierten im Krankenhaus sind nicht gestürzt. Dieses Ergebnis ist sehr interessant, da das Ereignis eines Sturzes in mehreren Studien als Risikofaktor für die Anwendung von FEM gesehen wird (Dever Fitzgerald, Hadjistavropoulos & MacNab 2009, Fonad et al. 2008). Obwohl so viele TeilnehmerInnen nicht gestürzt sind, wurden sie dennoch fixiert. Man könnte vermuten, dass sie aufgrund von Sturzprävention fixiert wurden, obwohl schon andere Studien den Effekt dieser Maßnahme bezweifelten (Fonad et al. 2008).

6.3. Pflegeabhängigkeit und FEM

Ein Ergebnis dieser Arbeit war, dass wenn man die Pflegeabhängigkeit von Fixierten und Nicht-Fixierten vergleicht, man zu dem Ergebnis kommt, dass Fixierte insgesamt pflegeabhängiger sind als Nicht-Fixierte. Dieses Ergebnis wurde auch in anderen Studien herausgefunden (Castle & Engberg 2009, Healey, Cronberg & Oliver 2009, Meyer et al. 2008, Castle 2006, Mamun & Lim 2005, Gallinagh et al. 2002, Hamers, Gulpers & Strik 2002).

Auch in der Studie von Hamers, Gulpers und Strik 2002, die die Charakteristika von FEM-BewohnerInnen untersuchte, zeigte sich, dass Fixierte pflegeabhängiger waren, als Nicht-Fixierte. In dieser Studie waren die fixierten BewohnerInnen eher weiblichen Geschlechts und älter als Nicht-Fixierte. Dieses Ergebnis wurde auch in dieser Arbeit gefunden, da 75% der Fixierten weiblichen Geschlechts waren und die Gruppe der 85+ Jährigen am häufigsten im Pflegeheim fixiert wurde. Jedoch muss man bei dieser Interpretation auch immer die Geschlechts- und Altersverteilung der Gesamtstichprobe berücksichtigen und darf diese Ergebnisse nicht überinterpretieren. In der Studie von Minnick et al. 2007 wurden ältere PatientInnen auch eher fixiert als Jüngere, hier wurden aber mehr Männer als Frauen fixiert. Da in dieser Arbeit am häufigsten TeilnehmerInnen über 85 Jahren fixiert wurden und aus der Literatur bekannt ist, dass es dadurch gerade in diesem Alter zu einem schnelleren funktionellen Abbau kommen kann, sollte man auf diese Gruppe besonderes Augenmerk legen (King 2006). Deshalb sollten Pflegepersonen bei dieser Gruppe darauf achten, durch Mobilisierung, Inkontinenzmanagement, Sturzprävention und FEM Reduktion dem funktionellen Abbau entgegen zu wirken (King 2006).

Fixierte TeilnehmerInnen waren in dieser Studie besonders abhängig in den Bereichen Körperpflege, Vermeiden von Gefahren, Alltags- und Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung, Lernfähigkeit, Kontinenz, Mobilität und An- und Auskleiden.

Auch in der Studie von Castle und Engberg 2009 waren FEM PatientInnen in den Bereichen Mobilität und Aktivitäten des täglichen Lebens abhängiger. Ferner wird ein schlechter Mobilitätszustand auch als Risikofaktor für die Anwendung von FEM gesehen (Healey, Cronberg & Oliver 2009, Bredthauer et al. 2005, Hamers, Gulpers & Strik 2002,).

In der Studie von Hamers, Gulpers und Strik 2002, die in Pflegeheimen in den Niederlanden durchgeführt wurde, hatten BewohnerInnen mit einem schlechten Mobilitätszustand ein 11-fach erhöhtes Risiko für die Anwendung von FEM. Auch in dieser Arbeit wäre es möglich, dass BewohnerInnen aufgrund ihres Mobilitätszustandes fixiert wurden, da fixierte BewohnerInnen im Bereich der Mobilität niedrige PAS Werte aufwiesen.

Auch bei einer Studie in Pflegeheimen in Norwegen wurde ein Zusammenhang zwischen der Anwendung von FEM und der Beeinträchtigung im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens und dem funktionellen Abbau gefunden (Kirkevold, Sandvik & Engedal 2004).
Andere Studien fanden heraus, dass sich der FEM Gebrauch mit dem Anstieg der Abhängigkeit im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens und der kognitiven Beeinträchtigung erhöhte (Ljunggren, Phillips & Sgadari 1997).
Bei der Studie von Karlsson et al. 2001 wiesen Stationen mit einem höheren Gebrauch an FEM, eine größere Anzahl an BewohnerInnen, die pflegeabhängig in den Bereichen An- und Auskleiden, Kontinenz und Körperpflege waren, auf.
Im Bereich der Lernfähigkeit wiesen fixierte TeilnehmerInnen größere Defizite auf, als nicht-fixierte TeilnehmerInnen. In der Studie von Migon et al. 2008 wurden PatientInnen mit Lernschwächen bzw. Defiziten in der Lernfähigkeit und im Bereich der Agitation eher fixiert.
Im Bereich der Kommunikation erreichten fixierte TeilnehmerInnen zwar höhere Werte als in anderen Bereichen, jedoch waren sie im Vergleich mit Nicht- Fixierten sehr abhängig.
Bei einer Studie in Pflegeheimen in Schweden gab es auf Stationen mit einem höheren Gebrauch an FEM auch einen höheren Anteil an BewohnerInnen mit Defiziten im Bereich der Kommunikation und Mobilität (Karlsson et al. 2001).

6.4. Limitationen

Die Teilnahme an der Pflegequalitätserhebung ist für die teilnehmenden Einrichtungen mit Kosten verbunden. Durch diese Gegebenheit könnte es dazu gekommen sein, dass sich gewisse Einrichtungen, die einen großen Einfluss auf die Ergebnisse gebracht hätten, sich die Teilnahme finanziell nicht leisten konnten oder ihre finanzielle Mittel auf andere Schwerpunkte gelegt haben. Dies ist aber eher eine Beeinträchtigung der Stichprobenauswahl, als eine Limitation der Studie selbst.
Ferner geschieht die Teilnahme der Einrichtungen freiwillig, was den Nachteil haben könnte, dass eher diese Einrichtungen teilnehmen, die ohnehin schon ein größeres Augenmerk auf die spezifischen Pflegeprobleme dieser Erhebung gelegt haben. Es könnte sein, dass jene Einrichtungen, bei denen dies noch nicht der Fall ist, nicht an der Erhebung teilnahmen und dadurch die Prävalenzraten verzerrt hätten.

Des Weiteren stellte die Anforderung einer schriftlichen informierten Zustimmung der TeilnehmerInnen vielleicht eine Hürde dar, da sich diese dadurch möglicherweise gehemmt fühlten und deshalb nicht teilnahmen. Bei Personen, die nicht fähig waren, diese Zustimmung selbst zu unterschreiben, muss dies der gesetzliche Vertreter übernehmen. Durch diesen weiteren bürokratischen Aufwand könnte es möglich sein, dass potentielle TeilnehmerInnen deshalb nicht an der Erhebung teilnahmen.

Eine Schwäche könnte auch der Umstand sein, dass die teilnehmenden Einrichtungen selbst entscheiden konnten, welche Stationen/Abteilungen an der Erhebung teilnahmen. Dadurch könnte es sein, dass nur Abteilungen teilnahmen, die ohnehin schon über ein Bewusstsein für die erhobenen Pflegephänomene verfügen und sich weiterentwickeln wollen. Durch diesen Umstand könnten die Prävalenzdaten unterschätzt worden sein, da Einrichtungen, die eine erhöhte Prävalenz von FEM haben, vielleicht nicht an der Erhebung teilnahmen.

Die Erhebung der Daten fand durch eine Gelegenheitsstichprobe statt, was zur Folge hat, dass die Ergebnisse nicht verallgemeinerbar für alle Einrichtungen in Österreich sind und auch nicht generalisiert werden können. Trotzdem lässt sich mit dieser Form der Datenerhebung eine momentane Aufnahme der vorherrschenden Pflegepraxis darstellen.

Stärken

Durch das gewählte Querschnittsdesign dieser Studie, welches sich dadurch auszeichnet, dass die Daten an einem Tag erhoben werden, ist es möglich, sich einen Überblick über die Ist-Situation von gewissen Pflegeproblemen, wie die der Freiheitsentziehenden Maßnahmen, zu verschaffen.
Da diese Erhebung sowohl in Österreich als auch in fünf anderen Ländern mit demselben standardisierten Fragebogen durchgeführt wird, ist es danach möglich, die Ergebnisse zwischen den Einrichtungen, aber auch länderübergreifend zu vergleichen. Somit bietet diese Erhebung eine Möglichkeit des Benchmarkings.

Einen weiteren Vorteil stellt die regelmäßige jährliche Erhebung dar, da man dadurch immer mehr Einrichtungen für die Teilnahme an der Erhebung gewinnen und auch Längsschnittvergleiche anstellen kann. Durch diese können Trends aufgezeigt und Maßnahmen entwickelt werden, um diesen Trends entgegen zu wirken.

Als eine weitere Stärke hervorzuheben ist, dass die Beurteilung der TeilnehmerInnen immer von zwei Pflegepersonen durchgeführt wurde, wobei eine davon, auf der Station/ Abteilung oder dem Wohnbereich arbeitet. Die zweite Pflegeperson, die dort nicht arbeitet, fungiert als unabhängige/r Beurteiler/in und hat auch bei Unstimmigkeiten die Entscheidungsfunktion über.

6.5. Schlussfolgerung

Die Prävalenz dieser Studie liegt im Krankenhaus bei 6.3% und im Pflegeheim bei 29.2% (N=3838). Man kann durch dieses Ergebnis erkennen, dass die Anwendung von Freiheitsentziehenden Maßnahmen noch immer ein sehr vorherrschendes Thema im Bereich der Pflege ist. Es ist wichtig, das Augenmerk auch auf den Einsatz von Reduktionsprogrammen in Bezug auf die Anwendung von FEM zu legen und somit die Prävalenzraten im besten Falle zu verringern. Der häufigste Grund für die Anwendungen der FEM war die Sturzprävention, was zeigt, dass in der Praxis noch der Glaube vorherrschend ist, dies sei eine geeignete Maßnahme dafür. Da es in der Literatur schon Studien zum Thema Effektivität von FEM zur Sturzprävention gibt, sollte man daran arbeiten, diese Ergebnisse auch in die Praxis zu bringen. Dadurch könnten sich vielleicht auch die Gründe für die Anwendung von FEM verändern bzw. der Grund der Sturzprävention sich verringern.
Fixierte TeilnehmerInnen waren sowohl im Krankenhaus als auch im Pflegeheim abhängiger als Nicht-Fixierte. Es sollte vermehrt darauf geachtet werden, die Risikofaktoren einer Fixierung, wie z.B. ein schlechter Mobilitätszustand, in der Praxis zu diskutieren und somit auf diese aufmerksam zu machen und diesen entgegenzuwirken.

6.6. Implikationen für die Praxis

Diese österreichweite Prävalenzerhebung wurde 2010 zum zweiten Mal durchgeführt. Vor dem Jahre 2009 gab es in Österreich noch keine standardisierte Erhebung der Pflegephänomene, die in dieser Prävalenzerhebung erhoben werden. Durch diese Erhebung ist es möglich die Häufigkeit der Anwendung von FEM aufzuzeigen und auch über die Jahre hinweg mögliche Trends zu erkennen. Durch die Teilnahme an dieser Erhebung können Einrichtungen herausfinden, wo mögliche Probleme liegen und wo sie im Vergleich zu anderen liegen bzw. wo Verbesserungspotenzial erforderlich ist. Durch diesen Vergleich ist es möglich, sich mit anderen Einrichtungen über gewisse Problembereiche aber auch Lösungsstrategien auszutauschen und voneinander im positiven Sinne zu profitieren.
Die Einrichtungen sollten jährlich an der Erhebung teilnehmen, um die Effektivität von eingeleiteten Maßnahmen zu prüfen und ihren Entwicklungsprozess verfolgen zu können.
Die Aufmerksamkeit in Bezug auf das Thema Freiheitsentziehende Maßnahmen kann durch Erhebungen wie dieser geweckt werden und auch ins Bewusstsein der Einrichtungen gerückt werden.

Es wäre wünschenswert, dass sich die Anzahl der teilnehmenden Einrichtungen von Jahr zu Jahr erhöht, um eine größere Stichprobe und somit auch weitere aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten.

Es wird empfohlen, dass die Einrichtungen fortlaufend an dieser Erhebung teilnehmen, um ihre Stärken und Verbesserungspotenziale zu erkennen, um die Stärken zu festigen und mit wirksamen Maßnahmen gegen mögliche Schwächen vorzugehen. Und auch die Effektivität der eingesetzten Maßnahmen kann durch diese Erhebung überprüft werden. Durch diesen Prozess kann die Pflegequalität in den Einrichtungen erhöht werden, und dies sollte das höchste Ziel aller Einrichtungen darstellen.

7. Literaturverzeichnis

Akansel, N 2007, `Physical Restraint Practices among ICU Nurses in one University Hospital in Western Turkey`, *Health Science Journal,* vol. 1, no. 4, o.S.

Bortz, J, Döring, N 2006, *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler,* 4th edition, Springer Medizin Verlag, Heidelberg.

Bredthauer, D, Becker, C, Eichner, B, Koczy, P, Nikolaus, Th 2005, `Factors relating to the use of physical restraints in psychogeriatric care: A paradigm for elder abuse`, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie,* vol. 38, pp. 10-18.

Bundeskanzleramt Österreich 2011, *Bundesrecht: Gesamte Rechtsvorschrift für Heimaufenthaltsgesetz, Fassung vom 10.02.2011*, viewed on 10.02.2011, <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/20003231/HeimAufG%2c%20Fassung%20vom%2010.02.2011.pdf>.

Bundeskanzleramt Österreich 2011a, *Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Schutz der persönlichen Freiheit, Fassung vom 10.02.2011,* viewed on 10.02.2011, <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/10000950/Schutz%20der%20pers%C3%B6nlichen%20Freiheit%2c%20Fassung%20vom%2010.02.2011.pdf>.

Bundeskanzleramt Österreich 2011b, *Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Unterbringungsgesetz, Fassung vom 10.02.2011,* viewed on 10.02.2011, <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/10002936/UbG%2c%20Fassung%20vom%2010.02.2011.pdf>.

Bundeskanzleramt RIS 2011, Steiermärkisches. Pflegeheimgesetz 2003 - StPHG 2003, Gesetz vom 1. Juli 2003 über die Pflege und Betreuung in Pflegeheimen und auf Pflegeplätzen, viewed on 06.06.2011, <http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/LrStmk/LRST_9200_007/LRST_9200_007.pdf>

Burns, N & Grove, S 2005, *Pflegeforschung verstehen und anwenden*, first edition, ELSEVIER Urban & Fischer, München.

Capezuti, E, Maislin, G, Strumpf, N, Evans, LK 2002, `Side Rail Use and Bed-Related Fall Outcomes Among Nursing Home Residents`, *Journal of the American Geriatrics Society,* vol. 50, pp. 90-96.

Castle, NG 2006, `Mental Health Outcomes and Physical Restraint Use in Nursing Homes {Private} `, Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, vol. 33, pp. 696-704.

Castle, NG, Engberg, J 2009 , `The Health Consequences of Using Physical Restraints in Nursing Homes`, *Medical Care,* vol. 47, no. 11, pp. 1164-1173.

Choi, E, Song, M, 2003, `Physical restraint use in a Korean ICU`, *Journal of Clinical Nursing,* vol.12, pp.651-659.

De Gruyter, W 2002, *Pschyrembel- Klinisches Wörterbuch,* 259.Aufl., Walter de Gruyter GmbH & Co. KG, Berlin.

De Veer, AJE, Francke, AL, Buijse, R, Friele, RD 2009, `The Use of Physical Restraints in Home Care in the Netherlands`, *Journal of the American Geriatrics Society,* vol. 57, pp. 1881-1886.

Dever Fitzgerald, TG, Hadjistavropoulos, T, MacNab, YC 2009,`Caregiver Fear of Falling and Functional Ability among Seniors Residing in Long-Term Care Facilities`, *Gerontology,* vol.55, pp. 460- 467.

Dijkstra, A, Buist, G, Dassen, T 1998, `Operationalization of the concept of `nursing care dependency` for use in long-term care facilities`, *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing,* vol. 7, pp. 142-151.

Doherty King, B 2006, `Functional Decline in Hospitalizes Elders`, *MEDSURG Nursing,* vol. 15, no. 5, pp. 265-271.

Feng, Z, Hirdes, JP, Smith, TF, Finne-Soveri, H, Chi, I, Du Pasquier, JN, Gilgen, R, Ikegami, N, Mor, V 2009, `Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study`, *International Journal of Geriatric Psychiatry,* vol. 24, pp. 1110-1118.

Fonad, E, Emami, A, Robins Wahlin, TB, Winblad, B, Sandmark, H 2008, `Falls in somatic and dementia wards at Community Care Units`, *Scandinavian Journal of Caring Sciences,* vol. 23, pp. 2-10.

Gallinagh, R, Nevin, R, Mc Ilroy, D, Mitchell, F, Campbell, L, Ludwick, R, McKenna H 2002, `The use of physical restraints as a safety measure in the care of older people in four rehabilitation wards: findings from an exploratory study` , *International Journal of Nursing Studies,* vol. 39, pp. 147-156.

Hamers, JPH, Huizing, AR 2005, `Why do we use physical restraints in the elderly? `, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie,* vol. 38, pp. 19-25.

Hamers, J, Gulpers, M, Strik, W 2002, `Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents`, *Journal of Advanced Nursing,* vol. 45, no. 3, pp. 246-251.

Hantikainen, V 1998, `Physical Restraint: A descriptive Study in Swiss Nursing Homes` , *Nursing Ethics,* vol. 5, no. 4, pp. 330-346.

HCFA Hospital Condition of Participation: Patients` Rights 1999, Department of Health and Family Services, State of Wisconsin, viewed: 12.06.2010 <http://dhs.wi.gov/rl_dsl/Publications/pdfmemos/99063.pdf >.

Healey, FM, Cronberg, A, Oliver, D 2009, `Bedrail Use in English and Welsh Hospitals`, *Journal of the American Geriatrics Society,* vol. 57, pp. 1887-1891.

Irving, K 2004, `Inappropriate Restraint Practices in Australian Teaching Hospitals, *Australian Journal of Advanced Nursing,* vol. 21, no. 4, pp. 23-27.

Joanna Briggs Institute 2002, 'Physical Restraint- Part 1: Use in Acute and Residential Care Facilities', *Best Practice,* vol.6, no.3, pp.1-6.

Joanna Briggs Institute 2002a, `Physical Restraint-Part 2: Minimisation in Acute and Residential Care Facilities`, *Best Practice,* vol. 6, no. 4, pp. 1-6.

Karlsson, S, Bucht, G, Eriksson S, Sandman P-O 2001, `Factors Relating to the Use of Physical Restraints in Geriatric Care Settings`, *Journal of the American Geriatrics Society,* vol. 49, pp. 1722-1728.

Keski- Valkama, A, Sailas, E, Eronen, M, Koivisto, AM, Lönnqvist, J, Kaltiala-Heino, R 2009, `Who are the restrained and secluded patients: a 15-year nationwide study`, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology,* vol. 45, pp. 1087-1093.

Kirkevold, Ø, Engedal, K 2004 , `A study into the use of restraint in nursing homes in Norway`, *British Journal of Nursing,* vol. 13, no. 15, pp. 902- 905.

Kirkevold, Ø, Laake, K, Engedal, K 2003, `Use of constraints and surveillance in Norwegian wards for the elderly`, *International Journal of Geriatric Psychiatry,* vol. 18, pp. 491-497.

Kirkevold, Ø, Sandvik, L, Engedal, K 2004, `Use of constraints and their correlates in Norwegian Nursing Homes`, *International Journal of Geriatric Psychiatry,* vol. 19, pp. 980-988.

Kirkevold, Ø, Engedal, K 2008,`Quality of care in Norwegian nursing homes- deficiencies and their correlates`, *Scandinavian Journal of Caring Sciences,* vol. 22, pp. 560-567.

Kron, M, Loy, S, Sturm, E, Nikolaus, Th, Becker,C 2003, `Risk Indicators for Falls in Institutionalized Frail Elderly`, *American Journal of Epidemiology,* vol. 158, pp. 645-653.

Krüger, C, Meyer, G, Hamers, J 2010,`Mechanische freiheitsentziehende Maßnahmen im Krankenhaus-ein systematischer Literaturüberblick`, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, vol.43, pp. 291-296.

Laine, J, Finne-Soveri, H, Björkgren, M, Linna, M, Noro, A, Häkkinen, U 2005, `The association between quality of care and technical efficiency in long-term care`, *International Journal for Quality in Health Care,* vol. 17, no. 2, pp. 259- 267.

Lepping, P, Steinert, T, Needham, I, Abderhalden, C, Flammer, E, Schmid, P 2009, `Ward safety perceived by ward managers in Britain, Germany and Switzerland: identifying factors that improve ability to deal with violence`, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing,* vol.16, pp. 629-635.

Ljunggren, G, Phillips, CD, Sgadari, A 1997, `Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries`, *Age and Ageing,* vol. 26, pp. 43-47.

Lohrmann, C, Dijkstra, A, Dassen, T 2003, `Care dependency: testing the German version of the care dependency scale in nursing homes and on geriatric wards`, *Scandinavian Journal of Caring Sciences,* vol. 17, pp. 51-56.

Lohrmann, C, Balzer, K, Dijkstra, A, Dassen, T 2003, `Pflegeabhängigkeit im Pflegeheim-eine psychometrische Studie`, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie,* vol. 36, pp. 255-259.

Lohrmann, C (ed.) 2009, *Prävalenzbericht pflegebezogener Daten 2009*, Medizinische Universität Graz, Institut für Pflegewissenschaft, Graz.

Mamun, K, Lim, J 2005, `Use of Physical Restraints in Nursing Homes: Current Practice in Singapore`, *Annals/ Academy of Medicine Singapore,* vol. 34, pp. 158-162.

Mertens, E, Tannen, A, Lohrmann, C, Dassen, T 2002, `Pflegeabhängigkeit im Krankenhaus`, *Pflege,* vol. 15, pp. 195-197.

Meyer, G, Köpke, S, Haastert, B, Mühlhauser, I 2008, `Restraint use among nursing home residents: cross- sectional study and prospective cohort study`, *Journal of Clinical Nursing,* vol. 18, pp. 981-990.

Migon, Coutinho, ES, Huf, G, Adams, CE, Cunha, GM, Allen, MH 2008, `Factors associated with the use of physical restraints for agitated patients in psychiatric emergency rooms`, *General Hospital Psychiatry,* vol. 30, pp. 263-268.

Minnick, AF, Mion, LC, Johnson, ME, Catrambone, C, Leipzig, R 2007, `Prevalence and Variation of Physical Restraint Use in Acute Care Settings in the US`, *Journal of Nursing Scholarship,* vol. 39, no. 1, pp. 30-37.

Moore, K, Haralambous, B 2007, `Barriers to reducing the use of restraints in residential elder care facilities`, *Journal of Advanced Nursing,* vol. 58, no. 6, pp. 532-540.

Phillips, CD, Hawes, C, Fries, BE 1993, `Reducing the Use of Physical Restraints in Nursing Homes: Will It Increase Costs? `, *American Journal of Public Health,* vol. 83, pp. 342-348.

Polit, DE & Beck, CT 2008, *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, 8th edition, Lippincott Williams & Wilkins a Wolkers Kluwer Business, Philadelphia.

Retsas, AP 1998, `Survey findings describing the use of physical restraints in nursing homes in Victoria, Australia`, *International Journal of Nursing Studies,* vol. 35, pp. 184-191.

Royal College of Nursing 2008, `*"Let's talk about restraint: Rights, risks and responsibility"*`, viewed on 10.02.2011, <http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0007/157723/003208.pdf>.

Saarnio, R, Isola, A 2009, `Nursing staff perceptions of the use of physical restraint in institutional care of older people in Finland`, *Journal of Clinical Nursing,* vol. 19, pp. 3197-3207.

Sandhu, SK, Mion, LC, Halim Khan, R, Ludwick, R, Claridge, J, Pile JC, Harrington, M, Winchell, J, Dietrich, MS 2010, `Likelihood of Ordering Physical Restraints: Influence of Physician Characteristics`, *Journal of the American Geriatrics Society,* vol. 58, pp. 1272-1278.

Statistik Austria 2007, *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007,* viewed on 20.06.2011, <http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/gesundheit/publdetail?id=4&listid=4&detail=457>.

Statistik Austria 2010, *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2009*, viewed on 14.05.2011, <http://www.statistik.at/web_de/dynamic/services/publikationen/4/publdetail?id=4&listid=4&detail=601>.

Schüssler, S 2009, Erhebung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen bei KrankenhauspatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen in Österreich, Masterarbeit, viewed on 23.06.2011, <https://online.medunigraz.at/mug_online/webnav.ini>.

Sullivan-Marx, EM, Strumpf, NE, Evans, LK, Baumgarten, M, Maislin, G 1999, `Initiation of Physical Restraint in Nursing Home Residents Following Restraint Reduction Efforts`, *Research in Nursing and Health,* vol. 22, pp. 369-379.

Timmins, J 2008, `Compliance with the best practice: implementing the best available evidence in the use of physical restraint in residential aged care`, *International Journal of Evidence-Based Healthcare,* vol. 6, pp. 345-350.

Weiß, C 2005, *Basiswissen Medizinische Statistik,* 3.Auflage, Springer Medizin Verlag, Heidelberg.

Werner, P 2002, `Perceptions regarding the use of physical restraints with elderly persons: comparison of Israeli health care nurses and social workers`, *Journal of interprofessional Care,* vol. 16, no. 1, pp. 59-68.

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,* vol. 16, pp. 287-291.l

Yan, E, Kwok, T, Lee, D, Tang, C 2009, `The prevalence and correlates of the use of restraint and force on hospitalised older people`, *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illnesses,* vol. 1, pp. 147-155.

Zun, LS 2003, `A Prospective Study of the Complication Rate of Use of Patient Restraint in the Emergency Department`, *The Journal of Emergency Medicine,* vol. 24, no. 2, pp. 119-124.

8. Anhang

LPZ

Code der Einrichtung ☐☐☐☐

Europäische Pflegequalitätserhebung

1

Angaben zur Einrichtung

Art der Einrichtung

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

Dekubitus	ja	nein
1 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine DekubitusexpertIn/-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, die für die Aktualisierung der Protokolle/Richtlinien zuständig ist und darauf hinweist?	☐	☐
5 Werden PatientInnen mit einem Dekubitus minimal zweiten Grades in Ihrer Einrichtung von einer zentralen AnsprechpartnerIn erfasst (zum Beispiel von einer ExpertIn für Dekubitus)?	☐	☐
6 Wird die Zahl der PatientInnen 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 zum Thema Dekubitusprävention?	☐	☐
10 Werden in Ihrer Einrichtung standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich des Dekubitus einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus in ein Pflegeheim) weitergegeben?	☐	☐

Inkontinenz	ja	nein
11 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinien zur Inkontinenzbehandlung?	☐	☐
12 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien zur Inkontinenzbehandlung in Ihrer Einrichtung überwacht?	☐	☐
13 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine ExpertIn, die für die Aktualisierung des Inkontinenzprotokolls zuständig ist und darauf hinweist?	☐	☐
14 Gibt es auf Einrichtungsebene eine ExpertIn für die Inkontinenzbehandlung?	☐	☐
15 Fand innerhalb der letzten zwei Jahre eine Fortbildung und/oder Veranstaltung zum Thema Inkontinenzbehandlung für das Pflegepersonal in Ihrer Einrichtung statt?	☐	☐
16 Gibt es auf Einrichtungs- oder Stations-/Wohnbereichsebene ein Protokoll für die Verwaltung von Inkontinenzmaterial?	☐	☐
17 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Inkontinenz?	☐	☐
18 Werden in Ihrer Einrichtung standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich der Inkontinenz einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	☐	☐

Mangelernährung	ja	nein
19 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinien zur Prävention und/oder Behandlung von Mangelernährung?	☐	☐
20 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien zur Prävention von Mangelernährung in Ihrer Einrichtung überwacht?	☐	☐

AT2010APR © 2010 Maastricht University

Mangelernährung Fortsetzung	ja	nein
21 Gibt es auf Einrichtungs- oder Stations-/Wohnbereichsebene eine multidisziplinäre Beratungskommission/ Ernährungsteam zum Thema Mangelernährung?	☐	☐
22 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine ExpertIn, die für die Aktualisierung des Protokolls zur Prävention von Mangelernährung zuständig ist und darauf hinweist?	☐	☐
23 Sind in Ihrer Einrichtung Kriterien für die Ermittlung von Mangelernährung festgelegt worden?	☐	☐
24 Ist in Ihrer Einrichtung eine DiätassistentIn tätig?	☐	☐
25 Fand innerhalb der letzten zwei Jahre eine Fortbildung und/oder Veranstaltung zur Prävention und Behandlung von Mangelernährung für das Pflegepersonal in Ihrer Einrichtung statt?	☐	☐
26 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Mangelernährung?	☐	☐
27 Werden in Ihrer Einrichtung standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich des Ernährungszustandes einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	☐	☐

Intertrigo	ja	nein
28 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinien zur Prävention und/oder Behandlung von Intertrigo?	☐	☐
29 Werden in Ihrer Einrichtung (nationale) Vorschriften eingehalten?	☐	☐
30 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien zur Prävention von Intertrigo in Ihrer Einrichtung überwacht?	☐	☐
31 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine ExpertIn, die für die Aktualisierung des Protokolls zur Prävention und/oder Behandlung von Intertrigo zuständig ist und darauf hinweist?	☐	☐
32 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?	☐	☐
33 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Prävention von Intertrigo?	☐	☐
34 Werden in Ihrer Einrichtung standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich Intertrigo eine PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	☐	☐

Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen	ja	nein
35 Werden Sturzereignisse in Ihrer Einrichtung dezentral (auf Stationsebene) erfasst?	☐	☐
36 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinien für die Prävention von Stürzen?	☐	☐
37 Wurde eine nationale Richtlinie in das Protokoll/die Richtlinie der Einrichtung aufgenommen?	☐	☐
38 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige mit Informationen über die Sturzgefahr und Stürzprävention?	☐	☐
39 Fand innerhalb der letzten zwei Jahre eine Fortbildung und/oder Veranstaltung zum Thema Sturzgefahr, Sturzprävention und Verletzungen für das Pflegepersonal in Ihrer Einrichtung statt?	☐	☐
40 Werden in Ihrer Einrichtung standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich Sturz/Stürze einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	☐	☐
41 Werden in Ihrer Einrichtung freiheitsentziehende Maßnahmen dezentral (auf Stationsebene) erfasst?	☐	☐
42 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinien für freiheitsentziehende Maßnahmen?	☐	☐
43 Fand innerhalb der letzten zwei Jahre eine Fortbildung und/oder Veranstaltung über freiheitsentziehende Maßnahmen für das Pflegepersonal Ihrer Einrichtung statt?	☐	☐
44 Werden in Ihrer Einrichtung standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich freiheitsentziehende Maßnahmen eine PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	☐	☐

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

LPZ

Europäische Pflegequalitätserhebung

Code der Einrichtung ☐☐☐☐

Code der Station/ Wohnbereich ☐☐

Angaben zur Station/Wohnbereich

Station/Wohnbereich/Team

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 Psychiatrisches Krankenhaus
- ☐ Langzeitunterbringung *(>6 Monate)*
- ☐ Geriatrische Station/Wohnbereich
- ☐ Sonstiges

D Pflegeheim
- ☐ Psychogeriatrie
- ☐ Somatische Reaktivierung
- ☐ Somatische Station/Wohnbereich
- ☐ Pflegestation/Wohnbereich
- ☐ Ambulante Pflege
- ☐ Betreutes Wohnen
- ☐ Sonstiges

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

F Ambulante Pflege
- ☐ Pflegen und Betreuen
- ☐ Familienpflege
- ☐ Pflegen und Betreuen einschließlich Familienpflege
- ☐ Sonstiges

G Einrichtung für Menschen mit einer geistigen Behinderung
- ☐ Überwiegend an das Bett/den Rollstuhl gebundene Gruppe
- ☐ Überwiegend mobile Gruppe
- ☐ Sonstiges

H Einrichtung für Menschen mit einer körperlichen Behinderung
- ☐ Überwiegend an das Bett/den Rollstuhl gebundene Gruppe
- ☐ Überwiegend mobile Gruppe
- ☐ Sonstiges

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

J Sonstiges
- ☐ Geriatrisches Krankenhaus
- ☐ Sonstiges

Dekubitus	ja	nein
1 Gibt es auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene mindestens eine Person/eine PflegeexpertIn (z.B. eine Pflegefachperson für Dekubitus und/oder chronische Wunden), die auf dem Gebiet Dekubitus spezialisiert ist?	☐	☐
2 Werden alle Risiko- und/oder DekubituspatientInnen im Rahmen der monodisziplinären Beratung auf Stations-/ Wohnbereichs-/Teamebene erörtert?	☐	☐
3 Werden alle Risiko- und/oder DekubituspatientInnen im Rahmen einer 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 PatientInnen in der Krankenakte aufgezeichnet?	☐	☐
6 Wird in der Krankenakte aufgezeichnet, welche Maßnahmen im Hinblick auf Prävention und/oder Behandlung von Dekubitus bei RisikopatientInnen erforderlich sind?	☐	☐
7 Wird das vorgeschriebene Dekubitusmaterial innerhalb von 24 Stunden bei der/dem Betroffenen abgeliefert?	☐	☐
8 Erhalten alle PatienInnen mit erhöhtem Dekubitusrisiko eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Dekubitusprävention?	☐	☐
9 Werden auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich Dekubitus einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. von Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	☐	☐

Inkontinenz	ja	nein
10 Gibt es auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene mindestens eine Person/eine PflegeexpertIn, die auf dem Gebiet Inkontinenz spezialisiert ist?	☐	☐
11 Werden alle PatientInnen mit Inkontinenzproblemen im Rahmen einer multidisziplinären Beratung auf Stations-/ Wohnbereichs-/Teamebene erörtert?	☐	☐
12 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien bei Inkontinenz auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene überwacht?	☐	☐
13 Wird in der Krankenakte aufgezeichnet, welche Maßnahmen im Hinblick auf die Inkontinenzbehandlung bei InkontinenzpatientInnen erforderlich sind?	☐	☐
14 Steht das für die Betroffenen vorgeschriebene Inkontinenzmaterial standardmäßig auf der Station/Wohnbereich zur Verfügung?	☐	☐

AT2010APR © 2010 Maastricht University

Inkontinenz Fortsetzung

		ja	nein
15	Erhalten alle PatientInnen mit Inkontinenz eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Inkontinenz?	☐	☐
16	Werden auf Stations-Wohnbereichs-Teamebene standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich der Inkontinenz einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	☐	☐

Mangelernährung

		ja	nein
17	Gibt es auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene mindestens eine Person/eine PflegeexpertIn, die auf dem Gebiet der Mangelernährung spezialisiert ist?	☐	☐
18	Werden alle RisikopatientInnen und/oder PatientInnen mit Mangelernährung im Rahmen einer multidisziplinären Beratung auf Stations-/Bereich-/Teamebene erörtert?	☐	☐
19	Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien bei Mangelernährung auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene überwacht?	☐	☐
20	Wird das Gewicht der PatientIn bei der Einweisung standardmäßig dokumentiert?	☐	☐
21	Wird die Körpergröße der PatientIn bei der Einweisung standardmäßig dokumentiert?	☐	☐
22	Wird der Ernährungszustand der PatientIn bei der Einweisung dokumentiert?	☐	☐
23	Wird das Risiko für Mangelernährung in der Krankenakte der einzelnen PatientInnen aufgezeichnet?	☐	☐
24	Wird in der Krankenakte aufgezeichnet, welche Maßnahmen bei PatientInnen mit einem Ernährungsrisiko erforderlich sind?	☐	☐
25	Wird die Aufnahme (Flüssigkeit und Nahrung) der PatientIn in der Krankenakte erfasst?	☐	☐
26	Wird auf der Station/Wohnbereich bei (drohender) Mangelernährung standardmäßig mit Proteinen und Kohlehydraten angereicherte Nahrung angeboten?	☐	☐
27	Erhalten alle PatientInnen, die an (drohender) Mangelernährung leiden, eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Mangelernährung?	☐	☐
28	Werden beim Essen auf der Station/Wohnbereich die Umgebungsfaktoren berücksichtigt (z.B. ungestörte Mahlzeiten, ein gedeckter Tisch, Menüauswahl)?	☐	☐
29	Existiert auf der Station/dem Wohnbereich ein Standard/eine Richtlinie bezüglich der regelmäßigen Gewichtserfassung?	☐	☐
30	Wie oft werden die PatientInnen gewogen? *(Bitte nur eine Antwort auswählen)* ☐ Wöchentlich ☐ Unregelmäßig (wenn sich der Zustand de PatientIn verändert) ☐ Monatlich ☐ Die PatientInnen werden nicht gewogen ☐ Vierteljährlich		
31	Werden auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich des Ernährungszustandes einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	☐	☐

Intertrigo

		ja	nein
32	Gibt es auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene mindestens eine Person/eine PflegeexpertIn, die auf dem Gebiet von Intertrigo spezialisiert ist?	☐	☐
33	Werden alle PatientInnen mit Intertrigo (oder einem Risiko auf Intertrigo) im Rahmen einer mulitidisziplinären Beratung auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene erörtert?	☐	☐
34	Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien bei Intertrigo auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene überwacht?	☐	☐
35	Wird in der Krankenakte aufgezeichnet, welche Maßnahmen im Hinblick auf die Prävention und/oder Behandlung von Intertrigo erforderlich sind?	☐	☐
36	Steht das bei Intertrigo vorgeschriebene Material standardmäßig auf der Station/Wohnbereich zur Verfügung?	☐	☐
37	Erhalten alle PatientInnen mit Intertrigo eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Intertrigo?	☐	☐
38	Werden auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich Intertrigo einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	☐	☐

Stürze und Freiheitsentziehende Maßnahmen

		ja	nein
39	Gibt es auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene mindestens eine Person/eine PflegeexpertIn, die auf dem Gebiet der Sturzprävention spezialisiert ist?	☐	☐
40	Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien zur Prävention von Stürzen auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene überwacht?	☐	☐
41	Erfolgt bei der Aufnahme/Einweisung der PatientInnen eine Bewertung des Sturzrisikos?	☐	☐
42	Werden im Rahmen einer multidisziplinären Beratung spezifische (auf die PatientInnen zugeschnittene) Maßnahmen zur Sturzprävention erörtert?	☐	☐
43	Werden die spezifischen (auf die PatientInnen zugeschnittenen) Maßnahmen mit der PatientIn und/oder mit den Angehörigen, erörtert?	☐	☐
44	Werden auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich Sturz/Stürze einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	☐	☐
45	Gibt es auf der Station/Wohnbereich mindestens eine Person/eine PflegeexpertIn, die sich im Bereich freiheitsentziehende Maßnahmen spezialisiert hat?	☐	☐
46	Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien zu freiheitsentziehende Maßnahmen auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene überwacht?	☐	☐
47	Wird in der Krankenakte aufgezeichnet, welche freiheitsentziehende Maßnahmen getroffen wurden?	☐	☐
48	Werden freiheitsentziehende Maßnahmen in einem multidisziplinärer Team erörtert?	☐	☐
49	Werden freiheitsentziehende Maßnahmen mit der PatientIn und/oder den Angehörigen erörtert?	☐	☐
50	Werden auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich freiheitsentziehende Maßnahmen einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	☐	☐

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

 © 2010 Maastricht University

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 Wohlbehagens 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, Früchtequark, 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, Knäckebrotsandwiches, 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

AT2010APR © 2010 Maastricht University

Europäische Pflegequalitätserhebung

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 *Störung der Schmerzempfindung durch Lähmungen, die den größten Teil des Körpers betreffen (z.B. hoher Querschnitt)*	**2 Stark eingeschränkt** Eine Reaktion erfolgt nur auf starke Schmerzreize Beschwerden können kaum geäußert werden (z.B. nur durch Stöhnen oder Unruhe) ODER *Störung der Schmerzempfindung durch Lähmungen, wovon die Hälfte des Körpers betroffen ist*	**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 *Störung der Schmerzempfindung durch Lähmung, wovon eine oder zwei Extremitäten betroffen sind*	**4 Vorhanden** Reaktion auf Ansprache Beschwerden können geäußert werden ODER *keine Störung der Schmerzempfindung*
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 *nur klare Flüssigkeit* UND / ODER *erhält Ernährungsinfusionen länger als 5 Tage*	**2 Mäßige Ernährung** Isst selten eine normale Essensportion auf, isst im Allgemeinen etwa die Hälfte der angebotenen Nahrung Nimmt regelmäßig Ergänzungskost zu sich ODER *erhält zu wenig Nährstoffe über Sondenkost oder Infusionen*	**3 Adäquate Ernährung** Isst mehr als die Hälfte der normalen Essensportionen Verweigert gelegentlich eine Mahlzeit, nimmt aber Ergänzungskost zu sich ODER *kann über Sonde oder Infusionen die meisten Nährstoffe zu sich nehmen*	**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) schleift. 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	

AT2010APR © 2010 Maastricht University

LPZ

Code der Einrichtung ☐☐☐☐

Code der Station/ Wohnbereich ☐☐

Europäische Pflegequalitätserhebung

Modul Allgemeines

3

Station/Wohnbereich/Team

Angaben zur PatientIn

Code der PatientIn

1 Hat die PatientIn an der Erhebung teilgenommen?
- ☐ Ja *(bitte mit Frage 3 fortfahren)*
- ☐ Nein

2 Wenn nicht, warum hat die 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 PatientInnen obligatorisch

3 Geburtsdatum Tag ☐☐ Monat ☐☐ Jahr ☐☐☐☐

4 Geschlecht Mann ☐ Frau ☐

5 Datum der Einweisung/Aufnahme Tag ☐☐ Monat ☐☐ Jahr ☐☐☐☐

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

Pflegeabhängigkeitsskala (PAS)

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

	Völlig abhängig	Überwiegend abhängig	Teilweise abhängig	Überwiegend unabhängig	Völlig unabhängig
Essen und Trinken	☐	☐	☐	☐	☐
Kontinenz	☐	☐	☐	☐	☐
Körperhaltung	☐	☐	☐	☐	☐
Mobilität	☐	☐	☐	☐	☐
Tages- und Nachtrhythmus	☐	☐	☐	☐	☐
An- und Auskleiden	☐	☐	☐	☐	☐
Körpertemperatur	☐	☐	☐	☐	☐
Körperpflege	☐	☐	☐	☐	☐
Vermeiden von Gefahren	☐	☐	☐	☐	☐
Kommunikation	☐	☐	☐	☐	☐
Kontakte mit anderen	☐	☐	☐	☐	☐
Sinn für Regeln und Werte	☐	☐	☐	☐	☐
Alltagsaktivitäten	☐	☐	☐	☐	☐
Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung	☐	☐	☐	☐	☐
Lernfähigkeit	☐	☐	☐	☐	☐

AT2010APR © 2010 Maastricht University

3c 10 **Derzeitiges Gewicht der Patientin in kg** ☐☐☐,☐☐

3c 11 **Derzeitige Körpergröße der Patientin in cm** ☐☐☐

3c 12 **Wann wurde die Patientin zum letzten Mal gewogen?**
- ☐ Nicht gewogen
- ☐ Gestern/heute
- ☐ Vergangene Woche
- ☐ Vergangenen Monat
- ☐ Vor über einem Monat

3c 13 **Hat die Patientin in den vergangenen Monaten unbeabsichtigt/ungewollt abgenommen?**
- ☐ Ja
- ☐ Nein *(Bitte mit Frage 15 fortfahren)*

Unbekannt, Grund:
- ☐ Die Patientin möchte nicht zu ihrem/seinem Ernährungszustand befragt werden *(Bitte mit Frage 15 fortfahren)*
- ☐ Aus anderen Gründen unbekannt *(Bitte mit Frage 15 fortfahren)*

3c 14 **Wie viel hat die Patientin unbeabsichtigt abgenommen?**

Über 6 kg in den vergangenen 6 Monaten?
- ☐ Ja
- ☐ Nein

Über 3 kg im vergangenen Monat?
- ☐ Ja
- ☐ Nein

3a 15 **Ist bei der Patientin Dekubitus festgestellt worden?**

Ja, höchster Grad:
- ☐ Grad 1 ☐ Grad 2 ☐ Grad 3 ☐ Grad 4

☐ Nein *(Bitte mit Frage 17 fortfahren)*

Unbekannt, Grund:
- ☐ Die 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 bei der Patientin 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 die Patientin Urin?**

Wichtiger Hinweis: Wenn die Patientin aufgrund von Urinretention einen Katheter hat, geben Sie bitte "nie" an.
- ☐ Nie *(Bitte mit Frage 24 fortfahren)*
- ☐ Die 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:
  - ☐ Die Patientin möchte nicht auf Inkontinenz untersucht werden *(Bitte mit Frage 24 fortfahren)*
  - ☐ Aus anderen Gründen unbekannt *(Bitte mit Frage 24 fortfahren)*

3b 19 **Wurde der Katheter in dieser organisatorische Einheit gelegt?**
- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Unbekannt

3b 20 **Wurde der Katheter vor mehr als 14 Tagen gelegt?**
- ☐ 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 23 **Wenn ja, von wem?**
- ☐ Hausarzt
- ☐ Pflegeheimarzt/Krankenhausarzt
- ☐ Urologe oder Gynäkologe
- ☐ Pflegefachperson
- ☐ Unbekannt

3e 24 **Ist die Patientin in den vergangenen 30 Tagen gestürzt?**
- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Unbekannt

3e 25 **Wurde die Patientin in den vergangenen 7 Tagen fixiert?**
- ☐ Ja
- ☐ Nein (*Modul beendet*)
- ☐ Unbekannt (*Modul beendet*)

3e 26 **Welche Methoden für freiheitsentziehende Maßnahmen wurden bei der Patientin eingesetzt?** *(Es sind mehrere Antworten möglich)*
- ☐ Bettgitter
- ☐ PatientInnenschutzdecke
- ☐ Bettgurt
- ☐ Stuhlgurt
- ☐ (Roll-)stuhl mit Tisch
- ☐ Nach hintengekippter Stuhl (Siestaliege)
- ☐ Isolation/Separation
- ☐ Domotika
- ☐ Verhaltensbeeinflussende Medikation
- ☐ Individuelle Verabredungen
- ☐ Sonstiges

Überprüfen Sie bitte, ob alle Fragen vollständig ausgefüllt sind.

LPZ

Code der Einrichtung ☐☐☐☐

Code der Station/ Wohnbereich ☐☐

Europäische Pflegequalitätserhebung

Modul Dekubitus

3a

Angaben zur PatientIn

Code der PatientIn ☐

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 der PatientIn und der pflegenden Angehörigen
- ☐ Entlastung der Ferse
- ☐ Cremes zum Schutz der Haut
- ☐ Sonstiges
- ☐ Keine

3 Betten und Matratzen als Präventivmaßnahme
- ☐ Wechseldruckmatratze
- ☐ Luftkissenbett
- ☐ Kaltschaummatratzen
- ☐ Visco-elastische-Schaumstoff-Matratzen
- ☐ Sonstiges
- ☐ Keine Antidekubitusmatratze/Bett

4 (Roll-) Stuhlkissen als Präventivmaßnahme
- ☐ Gelkissen
- ☐ Luftkissen
- ☐ Noppenkissen
- ☐ Schaumstoffkissen
- ☐ Sonstiges
- ☐ Kein Antidekubituskissen

5 Sonstige Hilfsmittel *(Bitte alle Maßnahmen ankreuzen, die zur Anwendung kommen)*
- ☐ Ellenbogenschutz
- ☐ Fersenschutz
- ☐ Felle
- ☐ Sonstiges
- ☐ Keine

---

6 Wurde bei der PatientIn Dekubitus festgestellt?
- ☐ Ja
- ☐ Nein *(Modul beendet)*

AT2010APR © 2010 Maastricht University

Dekubitus *Nur bei PatientInnen 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	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Betreuungseinrichtung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstiges	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wundauflagen	**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
Keine	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Trockener Verband	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Alginate	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Folie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hydrokolloide	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hydrogel	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Schaumdressing	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fetthaltiger Verband	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Antibakterielle Salbenkompressen und Salben	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Antibakterielle Verbände	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hydrofaser	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstige Wundauflagen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vakuum-Systeme	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

LPZ

Code der Einrichtung ☐☐☐☐

Code der Station/ Wohnbereich ☐☐

Europäische Pflegequalitätserhebung

Modul Inkontinenz

3b

Angaben zur PatientIn

Code der PatientIn ☐

1 Ist bei der PatientIn von Urininkontinenz die Rede?
- ☐ Nie *(Bitte mit Frage 7 fortfahren)*
- ☐ Ja *(Bitte mit Frage 2 fortfahren)*

Die PatientIn hat folgenden Katheter:
- ☐ Urethralkatheter *(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 die PatientIn urininkontinent?
- ☐ Kürzer als 3 Monate
- ☐ 3 bis 12 Monate
- ☐ Länger als 1 Jahr

4 Welche Menge an Urin verliert die 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(n) Inkontinenzmaßnahme(n) 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
- ☐ Regelmäßiger Toilettengang zu festen Zeiten auf der Station
- ☐ Inkontinenzeinlagen/Waschbare Inkontinenzeinlagen
- ☐ Inkontinenzslips/Pants
- ☐ Inkontinenzbetteinlagen/Waschbare Betteinlagen
- ☐ Sonstige
- ☐ Keine besonderen Maßnahmen *(zum Beispiel bei einem Katheter)*

7 Wie häufig tritt bei der PatientIn Stuhlinkontinenz auf?
- ☐ Drei bis vier Mal pro Monat
- ☐ Täglich
- ☐ Einige Male pro Woche
- ☐ Nie *(Bitte mit Frage 9 fortfahren)*

8 Wie lange ist die PatientIn stuhlinkontinent?
- ☐ Kürzer als 3 Monate
- ☐ 3 bis 12 Monate
- ☐ Länger als 1 Jahr

9 Leidet die 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:**

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

11 Spezielle Hautpflege zur Behandlung inkontinenzbedingter Verletzungen?
- ☐ Ja ☐ Nein

12 Spezielle Hautpflege zur Prävention inkontinenzbedingter Verletzungen?
- ☐ Ja ☐ Nein

AT2010APR © 2010 Maastricht University

XXX

LPZ

Code der Einrichtung ☐☐☐☐

Code der Station/ Wohnbereich ☐☐

Europäische Pflegequalitätserhebung

Modul Mangelernährung

3c

Angaben zur PatientIn

Code der PatientIn ☐

1 Klinisches Bild der PatientIn.
- ☐ Nicht Mangelernährt (normales Aussehen, weder dick noch abgemagert)
- ☐ Adipositas/Übergewicht
- ☐ Mangelernährt (mager, abgemagert)

2 Die PatientIn hat über 3 Tage nicht mehr oder kaum noch gegessen.
- ☐ Ja
- ☐ Nein

3 Die PatientIn hat seit über 1 Woche weniger gegessen als normal.
- ☐ Ja
- ☐ Nein

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

4 Aus welchem Grund/Gründen hat die PatientIn weniger gegessen als normal? *(Es sind mehrere Antworten möglich)*
- ☐ Appetitlosigkeit
- ☐ Übelkeit
- ☐ Probleme beim Kauen
- ☐ Probleme beim Schlucken
- ☐ Akute Erkrankung
- ☐ Schmerzen
- ☐ Sonstiges

5 Wurde der Ernährungszustand der PatientIn bei der Einweisung von Pflegenden erfasst?
- ☐ Ja
- ☐ Nein *(Bitte mit Frage 8 fortfahren)*

6 Welche(r) Aspekt(e) wurde(n) bei der Erfassung des Ernährungszustands untersucht? *(Es sind mehrere Antworten möglich)*
- ☐ Gewicht
- ☐ Erfassung auf Mangelernährung (MNA, MUST usw.)
- ☐ Gewichtsverlauf
- ☐ Klinischer Blick
- ☐ Biochemische Parameter
- ☐ Sonstiges
- ☐ Unbekannt

7 Was war das Resultat des Screenings des Ernährungszustands?
- ☐ Nicht mangelernährt
- ☐ Risiko für Mangelernährung
- ☐ Mangelernährt
- ☐ Unbekannt

8 Wie oft findet eine Überwachung des Gewichtes statt?
- ☐ Wöchentlich
- ☐ Monatlich
- ☐ Alle 2 bis 3 Monate
- ☐ Wenn sich der Zustand der PatientIn verändert
- ☐ Sonstiges
- ☐ Nicht

9 Wie oft findet die Überwachung der Aufnahme (Flüssigkeit und Nahrung) statt?
- ☐ Täglich
- ☐ Wöchentlich
- ☐ Wenn sich der Zustand der PatientIn verändert
- ☐ Sonstiges
- ☐ Nicht

BITTE UNBEDINGT ALLE FRAGEN AUSFÜLLEN!

10 Wurden Körperlänge und Gewicht der PatientIn 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 die PatientIn schwer erkrankt und hat die PatientIn im vergangenen Zeitraum > 5 Tage nicht gegessen oder ist davon auszugehen, dass er/sie in den kommenden Tagen keine Nahrung zu sich nehmen wird?
- ☐ Ja
- ☐ Nein

12 Hat die PatientIn in den vergangenen 3-6 Monaten unbeabsichtigt an Gewicht verloren?
- ☐ Nein
- ☐ Ja, < 5%
- ☐ Ja, 5-10%
- ☐ Ja, >10%

AT2010APR © 2010 Maastricht University

LPZ

Europäische Pflegequalitätserhebung

Modul Mangelernährung

Angaben zur PatientIn

3c

13 Welche Maßnahmen zur Mangelernährung wurden bei der PatientIn ergriffen? *(Es sind mehrere Antworten möglich)*

- ☐ DiätassistentIn eingeschaltet
- ☐ Energiereiche (proteinreiche) Diät
- ☐ Energiereiche Zwischenmahlzeiten
- ☐ Orale Nahrungsergänzung (Flüssignahrung und Nahrungsergänzungsmittel)
- ☐ Sondennahrung
- ☐ Parenterale Ernährung
- ☐ Angepasste Konzistenz (passiert, eingedickt)
- ☐ Kontrolle der Flüssigkeitsaufnahme
- ☐ Keine Maßnahmen wegen palliativen Zustandes

14 Wurde die Auswirkung der eingeleiteten Maßnahme(n) ausgewertet?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

15 Hat die PatientIn Probleme beim Schlucken?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

AT2010APR © 2010 Maastricht University

LPZ

Code der Einrichtung ☐☐☐☐

Code der Station/ Wohnbereich ☐☐

Europäische Pflegequalitätserhebung

Modul Intertrigo

3d

Angaben zur PatientIn

Code der PatientIn ☐

1 An welchen Stellen ist die PatientIn an Intertrigo erkrankt?
(Es sind mehrere Antworten möglich)

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

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(n) Maßnahme(n) zur Prävention/ Behandlung von Intertrigo wurde(n) ergriffen? *(Es sind mehrere Antworten möglich)*

- ☐ Gespräche mit der PatientIn über Präventivmaßnahmen
- ☐ Einschalten einer ExpertIn
- ☐ Tragen von unterstützender/absorbierender/ Baumwollbekleidung
- ☐ Auflegen von schützendem Material zwischen den Hautfalten
- ☐ Auftragen von Zinksalbe, lokal wirkenden Präparaten gegen Schimmelinfektionen, 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
- ☐ Keine

AT2010APR © 2010 Maastricht University

LPZ

Code der Einrichtung ☐☐☐☐

Code der Station/ Wohnbereich ☐☐

Europäische Pflegequalitätserhebung

Modul Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen

3e

Angaben zur PatientIn *Code der PatientIn* ☐

1 Wie oft ist der PatientIn in die vergangenen 30 Tagen gestürzt?
- ☐ Unbekannt *(Bitte mit Frage 10 fortfahren)*
- ☐ Nicht gestürzt *(Bitte mit Frage 10 fortfahren)*
- ☐ 1x
- ☐ 2x
- ☐ 3x
- ☐ >3x

2 Wann ist die 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)*

3 Stehen über den jüngsten Sturz Angaben zur Verfügung?
- ☐ Ja
- ☐ Nein *(Bitte mit Frage 10 fortfahren)*

4 Zeitpunkt des Sturzes
- ☐ 07.01 - 14.00 Uhr
- ☐ 14.01 - 22.00 Uhr
- ☐ 22.01 - 07.00 Uhr

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

6 Welche Aktivität führte die 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

7 Was war die Hauptursache des Sturzes?
- ☐ Unbekannt
- ☐ Körperliche Gesundheitsprobleme
- ☐ Psychische Gesundheitsprobleme
- ☐ Externe Faktoren

8 Hat der Sturz bei der PatientIn Verletzungen verursacht?
- ☐ Ja
- ☐ Nein *(Bitte mit Frage 10 fortfahren)*

9 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

10 Hat die PatientIn Angst, zu stürzen?
- ☐ Ja
- ☐ Nein

11 Vermeidet die PatientIn Aktivitäten?
- ☐ Ja
- ☐ Nein

12 Welche Maßnahmen zur Sturzprävention wurden bei der PatientIn ergriffen? *(Es sind mehrere Antworten möglich)*
- ☐ Auswertung der Medikation
- ☐ Übungstherapie
- ☐ Auswertung der Hilfsmittel
- ☐ Alarmierung (Sensormatte, Alarmsensor, Alarmklingel)
- ☐ Untersuchung des Visus
- ☐ Auswertung des Tagesprogramms
- ☐ Beaufsichtigung
- ☐ Absprachen (mit der PatientIn, Angehörigen, MitarbeiterInnen)
- ☐ Anpassen der Umgebung
- ☐ Sonstiges
- ☐ Keine

13 Welche Maßnahmen zur Verletzungsprävention wurden bei der PatientIn ergriffen? *(Es sind mehrere Antworten möglich)*
- ☐ Kopfschutz
- ☐ Schiene/Stütze
- ☐ Hüftschutz hart
- ☐ Hüftschutz weich
- ☐ Stärkung der Knochen
- ☐ Sonstiges
- ☐ Keine

AT2010APR © 2010 Maastricht University

LPZ

Europäische Pflegequalitätserhebung

Modul Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen

Angaben zur PatientIn

3e

14 Wurde bei der PatientIn in den vergangenen 7 Tagen eine freiheitsentziehende Maßnahme ergriffen?
- ☐ Ja
- ☐ Nein *(Modul beendet)*
- ☐ Unbekannt *(Modul beendet)*

15 Wer initiierte die Anwendung der freiheitsentziehenden Maßnahme(n)?
- ☐ die VertreterIn/Angehörige
- ☐ eine Pflegefachperson/Arzt
- ☐ PatientIn

16 Was war der Hauptgrund für die freiheitsentziehende(n) Maßnahme(n) der PatientIn?
- ☐ Unbekannt
- ☐ Sturzprävention
- ☐ Ermöglichung der medizinischen Behandlung
- ☐ Umherirren der PatientIn
- ☐ Aggressives Verhalten
- ☐ Nachtruhe
- ☐ Sonstiges

17 Haben die freiheitsentziehende Maßnahmen zu Verletzungen geführt?
- ☐ Ja
- ☐ Nein *(Modul beendet)*

18 Welche Verletzungen wurden durch die freiheitsentziehenden Maßnahmen bei der PatientIn verursacht?
- ☐ Minimale Verletzungen (blaue Flecken, leichte Schürfwunden)
- ☐ Mittlere Verletzungen (schwere Schürfwunden, Schnittverletzungen)
- ☐ Schwere Verletzungen (Frakturen, Kopfverletzungen)

AT2010APR © 2010 Maastricht University