

Bachelorarbeit

Elderly Abuse hinsichtlich Ernährung in Pflegeheimen

Eingereicht von
Nina Birker

zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Nursing Science (BScN)

Medizinische Universität Graz
Institut für Pflegewissenschaft

Unter Anleitung von
Univ.-Ass.in Manuela Hödl, BSc MSc

Graz, 12.03.2018

Eidesstattliche Erklärung

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

Graz, am 12.03.2018

Nina Birker, e.h.

Inhalt

Zusammenfassung	I
Abstract.....	II
Abbildungs- & Tabellenverzeichnis	III
Abkürzungsverzeichnis	III
1 Einleitung	1
1.1 Hintergrund.....	1
1.2 Gewalt.....	2
1.3 Elderly Abuse	3
1.4 Konsequenzen von Elderly Abuse	7
1.5 Ernährung im Alter	8
2 Methode.....	10
3 Ergebnisse:	12
3.1 Prävalenz von Elderly Abuse hinsichtlich Ernährung	15
3.2 Situationen, in welchen Gewalt passiert:	16
3.3 Begünstigende Faktoren für gewalttätiges Verhalten:	16
3.4 Lösungsansätze:	17
4 Diskussion:	17
4.1 Stärken und Limitation:	19
5 Schlussfolgerung & Empfehlung:	19
6 Literaturverzeichnis:.....	20
7 ANHANG.....	22

Zusammenfassung

Hintergrund: Misshandlung von älteren Menschen ist ein allgegenwärtiges Problem, da bis zum Jahr 2050 ca. 1/3 der europäischen Bevölkerung 60 Jahre oder älter sein wird. Aufgrund dieser Entwicklung nimmt der Fachbereich der geriatrischen Pflege quantitativ zu. Durch den steigenden Betreuungsbedarf im Alter steigt somit das Risiko Opfer von Gewalt zu werden.

Ziel: Das Ziel dieser Bachelor-Arbeit war es, in Form einer Literatur-Review, die Prävalenz von Elderly Abuse hinsichtlich Ernährung in Pflegeheimen zu erforschen.

Methode: Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde eine Literaturrecherche im Zeitraum Oktober – November 2017 in den Datenbanken Pubmed und CINAHL sowie eine „Handsuche“ durchgeführt. Die beiden inkludierten Studien wurden mittels Bewertungsbogen auf ihre Qualität geprüft.

Ergebnisse: Es ergaben sich eine Prävalenz von 50% hinsichtlich nicht ausreichend Zeit für Essen geben beziehungsweise dem Bewohner/der Bewohnerin das Essen zu schnell eingeben sowie eine Prävalenz von 38% in welcher der Bewohner/die Bewohnerin berichtete, dass ihm/ihr gezielt Essen von Pflegepersonen vorenthalten wurde. 32% der Pflegekräfte wurde von BewohnerInnen erzählt, dass ihnen Wasser vorenthalten wurde.

Schlussfolgerung: Aufgrund der bestehenden Forschungslücke war es schwer, ausreichend Literatur für die Beantwortung der Forschungsfrage zu finden. Daher wird empfohlen, Elderly Abuse hinsichtlich Ernährung in Pflegeheimen noch näher zu beforschen und ein einheitliches Datenerhebungs-Tool zu entwickeln, um ein besseres Vergleichen der durch Forschung gewonnen Daten zu ermöglichen.

Schlüsselwörter: Elder(ly) Abuse, Neglect, Residential Facilities

Abstract

Background: Maltreatment of the elderly is a pervasive problem, as by 2050 approximately 1/3 of the European population will be 60 years or older. As a result, the department of geriatric care is growing quantitatively. The increasing need for care in old age increases also the risk of becoming a victim of violence.

Aim: The aim of this bachelor thesis was to investigate the prevalence of Elderly Abuse in reference to nutrition in long-term care. The form of this thesis is a literature review.

Methods: To answer the research question, a literature research was carried out in the Pubmed and CINAHL databases from October to November 2017. In addition a "manual search" was performed. The quality of the two included studies was checked by means of an evaluation sheet.

Results: There was a prevalence of 50% with regard to insufficient time for eating or giving the occupant the food too quickly and a prevalence of 38%, in which the occupant reported that he/she was deliberately deprived of food by carers. 32% of the nursing staff were told by residents that they were deprived of water.

Conclusion: Due to the existing research gap, it was difficult to find sufficient literature to answer the research question. Therefore, it is recommended that Elderly Abuse be further explored in terms of nutrition in long-term care and that a uniform data collection tool be developed to enable a better comparison of the data obtained through research.

Keywords: Elder (ly) Abuse, Neglect, Residential Facilities

Abbildungs- & Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Die Suchprozesse in den beiden Datenbanken (Pubmed und Cinahl)	11
Tabelle 1: Kurzübersicht über die Bewertung der einbezogenen Studien.....	11
Tabelle 2: Kurzübersicht der einbezogenen Studien	12

Abkürzungsverzeichnis

WHO World Health Organisation

1 Einleitung

Gewalt ist unserer Gesellschaft in vielen verschiedenen Formen präsent, sowohl direkt, aber auch indirekt über die Medien. Ein weniger der Öffentlichkeit zugänglicher Aspekt der Gewalt ist der Missbrauch von alten Menschen.

1.1 Hintergrund

Misshandlung von älteren Menschen ist ein weltweit allgegenwärtiges Problem, dessen Bedeutung immer mehr ins Rampenlicht rückt, da bis zum Jahr 2050 ca. 1/3 der europäischen Bevölkerung (der europäischen WHO-Region) 60 Jahre oder älter sein wird. (WHO 2011)

Diese internationalen/primär europäischen Zahlen lassen sich auch auf Österreich umlegen, da der Anteil der älteren Menschen (über 65 Jahre) innerhalb der österreichischen Bevölkerung stetig zunimmt. Machte diese Gruppe im Jahr 2000 noch 15,4% der Bevölkerung aus, so lag der Wert 2015 bereits bei 18,5%, für 2030 wird sogar ein Anstieg auf 22,8% erwartet. (Statistik Austria 2017)

Aufgrund dieser demografischen Entwicklung nimmt der Fachbereich der geriatrischen Pflege quantitativ zu. (Matolycz 2011)

Es besteht ein immer größer werdender Bedarf an Pflegeplätzen und somit auch an Pflegepersonal.

Wird der Stand der MitarbeiterInnen in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege näher betrachtet, so ist ein deutliches Wachstum über die letzten 30 Jahre zu sehen. Gab es 1986 noch 22.012 Personen in diesem Tätigkeitsbereich, so waren es 2016 bereits 54.394 Personen (Statistik Austria 2017). Das entspricht einem Anstieg von über 247% (durch die Autorin selbst berechnet).

Folglich kam es auch zu einem Anstieg der Kosten im Gesundheitswesen. Die Ausgaben des Staates für stationäre Gesundheitsversorgung in Österreich haben sich vom Jahr 2000 mit 6.459 Millionen auf 12.172 Millionen beinahe verdoppelt (Anstieg um über 188% durch Autorin berechnet), die Ausgaben von privaten Haushalten und Versicherungsunternehmen sind von 2000 mit 1.351 Millionen auf 2015 mit 2.256 Millionen angestiegen. (Statistik Austria 2017)

Durch den steigenden Betreuungsbedarf im Alter, steigt auch das Risiko zum Opfer von Gewalt zu werden. Da diese Misshandlungen nicht nur psychische und physische Folgen für die Betroffenen haben, sondern auch zu einem vorzeitigen Tod führen können, gilt es hier rechtzeitig einzugreifen.

Die WHO schätzt, dass 4 Millionen ältere Bevölkerungsmitglieder der europäischen Region einmal pro Jahr Opfer von Misshandlungen werden und jährlich 8.300 Menschen an den Folgen von Altersmisshandlung sterben, davon 2.500 Personen durch Familienmitglieder (WHO 2017).

1.2 Gewalt

Das Thema Gewalt ist ein sehr großes und komplexes Thema, es gibt verschiedenste Formen, Aspekte und Gesichtspunkte dazu. Diese Komplexität spiegelt sich auch in der Fülle an Literatur zu diesem Thema wieder. Bei intensivem Auseinandersetzen mit diesem Thema wird klar, wie schwierig es ist „Gewalt“ zu definieren, daher gibt es eine Vielzahl von verschiedensten Definitionen (Meyer 1998).

Die verwendete Definition hängt immer davon ab, wer den Begriff definiert und für welchen Zweck dies geschieht. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gewalt folgendermaßen:

„Der absichtliche Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichem Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt.“

(“Weltbericht Gewalt und Gesundheit“ 2002, p. 15)

Nach Monika Meyer (1998) wird Gewalt in 4 Gruppen/Arten unterteilt: strukturelle /indirekte Gewalt, personale/direkte Gewalt, Vernachlässigung und Misshandlung.

Strukturelle/indirekte Gewalt handelt ohne eine Person, die einer anderen direkten Schaden zufügen könnte, die Gewalt ist in Strukturen eingebaut. Obwohl strukturelle Gewalt nur

indirekt zu sehen und spüren ist, kann sie personale Gewalt an Gewalttätigkeit sogar übertreffen, da sie „geräuschlos“ und unsichtbar ist.

Als Form der strukturellen Gewalt können zum Beispiel die gesetzlichen Rahmenbedingungen angesehen werden, die bei einem Aufenthalt in einem Heim greifen. Bei der personalen/direkten Gewalt geht es um Gewalt die von einer Person/einem Akteur/einer Akteurin ausgeht, sie wird direkt eingesetzt und trifft die andere Person (das Opfer) direkt.

Vernachlässigung hat, wie schon der Begriff „Gewalt“, das Problem, dass es keine eindeutige Definition gibt. Diek (1987) versteht darunter, die Unterlassung von situationsadäquaten Handlungen, also das Verweigern von Handlungen. Als Beispiel wird hier die Versorgung mit Essen und Getränken genannt (Meyer 1998).

Misshandlung wird laut Diek (1987) so verstanden, dass aktives Handeln die Person in ihrer Befindlichkeit negativ berührt bzw. seinem Wunsch deutlich widerspricht. Misshandlung kann des Weiteren in vier Unterformen - körperliche, psychische, finanzielle Misshandlung sowie Einschränkungen des freien Willens - eingeteilt werden (Diek 1987).

Eine spezifische Form von Gewalt ist Elderly Abuse.

1.3 Elderly Abuse

Als gängiger Überbegriff der Altersmisshandlungen werden häufig zwei englische Wörter verwendet – „Elder(ly) Abuse“ und „Elder Maltreatment“.

Die WHO versteht unter „Elder Maltreatment“:

„Elder maltreatment is physical, sexual, mental and/or financial abuse and/or neglect of people aged 60 years and older“. (Sethi et. al 2011, p. 10)

Sinnerfassend auf Deutsch wiedergegeben, bedeutet Altersmissbrauch also die physische, sexuelle, psychische und/oder finanzielle Misshandlung oder Vernachlässigung von Menschen über 60 Jahren.

Im „European report on preventing elder maltreatment“ der WHO wird auch noch folgende Definition verwendet:

„Elder maltreatment is defined as a single or repeated act or lack of appropriate action, occurring within any relationship in which there is an expectation of trust, that causes harm or distress to older people“

(“European report on preventing elder maltreatment“ 2011, p. 13)

Hier wird also Altersmissbrauch als einmaliger oder wiederholter Akt oder als Fehlen von angemessener Reaktion in jeglicher Beziehung in welcher ein Vertrauensverhältnis besteht, verstanden, wodurch älteren Menschen Leid zugefügt wird.

Schon aufgrund der sehr stark variierenden Prävalenz muss zwischen den einzelnen Typen von „Elder Maltreatment“ unterschieden werden.

2,7% der älteren Bevölkerung der europäischen WHO-Region (das entspricht 4 Millionen Menschen) wurden Opfer von physischem Missbrauch, während 0,7% (ca. 1 Millionen Personen) von sexuellem Missbrauch betroffen waren. 3,8% (ca. 6 Millionen) wurden finanziell missbraucht. Während hier die Prävalenz sich im kleineren Prozentbereich aufhält, liegt der Prozentsatz für psychischen Missbrauch im zweistelligen Bereich – 19,4%, also ca. 29 Millionen ältere Menschen wurden bereits zum Opfer. (“European report on preventing elder maltreatment“ 2011)

Mit dem bereits mehrmals erwähnten Anstieg der Anzahl älterer Menschen und dem einhergehenden steigenden Bedarf an Pflege und Betreuung verändern sich auch zunehmend die Arten bzw. Formen der Betreuung. (Meyer 1998)

Pflegeeinrichtungen für ältere Menschen haben sich in den letzten Jahren/Jahrzehnten massiv verändert, vor allem hinsichtlich ihrer Zielsetzung. Aktuell gibt es vor allem Einrichtungen der sogenannten „4. Generation“. Das hier vorherrschende Konzept orientiert sich daran, möglichst viel Nähe zu Lebensnormalität und Gewohntem herzustellen, der „Institutions“-Charakter soll reduziert werden, es soll eher eine Wohngemeinschaft samt Orientierung am Leitbild „Familie“ sein.

Dabei steht Förderung, Erhaltung und (Wieder-)Erwerb von eigenen Ressourcen der älteren Person im Fokus (Matolycz 2011).

Grundsätzlich kann in folgende Formen der Betreuung unterteilt/unterschieden werden: Extramulare Formen, teilstationäre, stationäre und neue Wohnformen.

Für diese Arbeit ist die, auf eine lange Zeit angelegte stationäre Pflege- / Betreuungsform von Relevanz.

Im deutschen Sprachraum wird hier meist das Wort "Langzeitpflege", im englischen „Residential Facilities“ verwendet.

„Residential Facilities are long-term care facilities which provide supervision and assistance in activities of daily living with medical and nursing services when required“ (Pubmed 2017).

Diese „Residential Facilities“ sind Langzeitpflegeeinrichtungen, welche Aufsicht und Hilfestellungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens anbieten, sowie auch (wenn benötigt) medizinische und pflegerische Betreuung gewährleisten.

In diese Gruppe der Langzeitpflegeeinrichtungen sind auch „Assisted Living Facilities“ und „Homes of the Aged“ inkludiert.

„Assisted Living Facilities are a housing and health care alternative combining independence with personal care. It provides a combination of housing, personalized supportive services and health care designed to meet the needs, both scheduled and unscheduled, of those who need help with activities of daily living“ (Pubmed 2017).

Diese Einrichtungen, welche im deutschen Sprachraum meist unter dem Begriff „Betreutes Wohnen“ geführt werden, garantieren einerseits benötigte pflegerische Unterstützung, bieten den Betroffenen aber auch ein großes Maß an Unabhängigkeit. Es werden sowohl hauswirtschaftliche wie auch pflegerische Tätigkeiten angeboten, um die BewohnerInnen in den Aktivitäten des täglichen Lebens zu unterstützen.

„Homes of the Aged are Geriatric long-term care facilities which provide supervision and assistance in activities of daily living with medical and nursing services when required” (Pubmed 2017).

Übersetzt man den englischen Begriff wortwörtlich, so versteht man unter diesen Einrichtungen „Altenheim“. In diesen Einrichtungen steht die Betreuung, die Assistenz bei Aktivitäten des täglichen Lebens aber auch die pflegerische und medizinische Versorgung im Mittelpunkt.

Gewalt gegen alte Menschen in Betreuungseinrichtungen setzt voraus, dass bereits im Vorfeld (also vor dem akuten Ereignis) etwas passiert ist, dass bei dem/der Pflegenden Frustration ausgelöst hat. Kann die Quelle nicht beseitigt oder zumindest gemindert werden, kann es in weiterer Folge zu aggressivem Handeln und schlussendlich zu einem Gewaltakt führen. Hier gilt es zu betonen – es KANN in Gewalt enden, es MUSS aber nicht (Meyer 1998).

Es ist erwiesen, dass die Prävalenz steigt, desto höher der Betreuungsbedarf ist.

Die TäterInnen sind meist die jeweiligen Pflegepersonen, also sowohl im Privatbereich (Kinder, PartnerInnen, andere Verwandte) als auch in der professionellen Pflege zu finden. Ursächlich wurde festgestellt, dass viele Täter selbst an psychischen Problemen/Erkrankungen leiden, besonders häufig sind es Depressionen, Vorkommen von Gewalt in der Vergangenheit und Substanzmissbrauch (vorwiegend Alkohol) (“European report on preventing elder maltreatment“ 2011).

Zur Ergänzung muss erwähnt werden, dass nicht nur Pflegebedürftige Gewalt erfahren, sondern auch Pflegende gewalttätigen Handlungen durch Pflegebedürftige ausgesetzt sind.

Als Auslöser oder Risikofaktoren für Gewalt kann zwischen Frustrationen innerhalb von pflegerischen Beziehungen und außerhalb dieser unterschieden werden.

Frustrationen innerhalb der pflegerischen Beziehungen entstehen häufig bei einem Zusammenspiel von ungünstigen Verhaltensweisen beider Beteiligten. Es entsteht quasi ein Teufelskreis, der so lange besteht, solange diese falschen Muster nicht durchbrochen werden oder solange falsche Lösungswege eingeschlagen werden.

Hier muss insbesondere betont werden, dass ungünstige Interaktionen nicht automatisch zu Gewalt führen.

Frustration außerhalb von pflegerischen Beziehungen kann zum Beispiel durch die strukturellen Rahmenbedingungen verursacht werden (Meyer 1998).

1.4 Konsequenzen von Elderly Abuse

Die Konsequenzen von Altersmissbrauch sind weitreichend. Bei älteren Menschen (65 Jahre und älter) können vergleichsweise kleine Verletzungen massive Auswirkungen und daher verlängerte Heilungszeiten auf die betroffene Person haben.

Die physischen Verletzungen können von Hämatomen, Wunden, Knochenfrakturen bis hin zu Schädelhirntraumata reichen und in Folge zu chronische Schmerzen führen. Häufig resultieren sie auch in Mangelernährung und Dehydrierung.

Unter Mangelernährung, auch Malnutrition genannt, versteht man „Alle Zustände, bei denen es zu einem Ungleichgewicht zwischen Nahrungszufuhr und Nährstoffbedarf, einer gestörten Nährstoffverwertung oder einem unkontrollierten Abbau von Körpersubstanz kommt.“ (Löser, Jordan & Wegner 2012, p. 12)

Dehydrierung ist die Abnahme der Flüssigkeit im Körper (PraxisVita 2018).

Neben den physischen Folgen, gibt es noch psychische Folgen wie Angst, Trauer, Zorn und Isolation. Diese führen in weiterer Folge zu einer Reduzierung der Lebensqualität, Depressionen, posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) und Schlafstörungen. Die Suizidgefahr steigt, da Suizid oft als einziger Weg gesehen wird, diesem Elend zu entkommen. (“European report on preventing elder maltreatment“ 2011)

Auch finanziell gesehen hat „Elder Maltreatment“ weitreichende Folgen, genaue Zahlen gibt es jedoch aufgrund mangelnder Literatur nicht. Die Schätzungen belaufen sich jedoch auf Kosten im Milliarden-Bereich.

Die Mehrkosten setzen sich aus einzelnen Posten wie der Prävention (Schulungen der MitarbeiterInnen, ein angemessener Personalschlüssel um Überarbeitung zu vermeiden,..) Versorgung der erlittenen Verletzungen, dem Identifizieren und Rehabilitieren der Betroffenen sowie ihrer Verursacher (Entwicklung von Untersuchungen, Protokollen, Leitfäden,..), den anschließenden Mehrkosten durch den gestiegenen Pflegebedarf (eventuell eine Umsiedlung in eine andere Pflegeeinrichtung, Besuche durch die Hauskrankenpflege,..) sowie auch den Kosten für die rechtliche Verfolgung

des Vorfalls zusammen.

(“European report on preventing elder maltreatment“ 2011)

Wie bereits beschrieben, kann beispielsweise das Verweigern/Vorenthalten von Nahrung und Getränken bei älteren Personen als Beispiel für Elder Abuse stehen.

1.5 Ernährung im Alter

Die Ernährungsempfehlungen für ältere Menschen unterscheiden sich in gewissen Punkten von der für junge Erwachsene, da hier bedacht werden muss, dass das Essen aufgrund verminderter Enzymproduktion und auch der schlechteren Resorption von Nährstoffen weniger gut verarbeitet werden kann. Der Energiebedarf sinkt, der Grundumsatz ist aufgrund von verlangsamtem Stoffwechselgeschehen herabgesetzt und der Leistungsumsatz ist durch die geringere Mobilität herabgesetzt. Der Eiweißbedarf ist erhöht, während der Fett- und Kohlenhydratbedarf sinkt. Die Empfehlungen hinsichtlich Mikronährstoffen wie Vitaminen und Mineralstoffen bleiben gleich.

Im Alter tragen besonders Vereinsamung und Multimorbidität zu Mangelernährung bei. Häufig trägt hier auch die Aufnahme bzw. der Eintritt in eine Langzeitpflegeeinrichtung wesentlich dazu bei. Die massive Lebensumstellung, die neue ungewohnte Umgebung, die häufig ungewohnte und gegebenenfalls nicht schmackhafte Kost sowie die klar geregelten Essenszeiten begünstigen Mangelernährung.

Als Problem hinsichtlich der Diagnosestellung der Mangelernährung kommt hinzu, dass ältere Menschen trotz des Mangels nicht immer zwangsläufig mager erscheinen. Gründe hierfür sind Ödeme und Kalorienzunahme in leicht essbarer aber qualitativ nicht hochwertiger Form wie zum Beispiel Semmeln, Zwieback, Süßspeisen. Es kommt hier zwar nicht zu einem Kaloriendefizit, jedoch leiden die Betroffenen an den Symptomen der Mangelernährung wie Müdigkeit, Apathie, Schwäche, Verschlechterung des Allgemeinzustands (Eiter 2013).

Essen und Trinken hat in der Pflege von alten Menschen eine besondere Bedeutung. Die Informationssammlung dazu erfolgt im Rahmen des Aufnahmegesprächs bei einer Neuaufnahme in eine Pflegeeinrichtung oder während der regelmäßigen pflegerischen Assessments. Die Beobachtung erfolgt während der Mahlzeiten, hier wird das Verhalten während des Essens sowie die verzehrte Menge, häufig durch Führen eines „Tellerprotokolls“, beobachtet.

Essen und Trinken haben eine besondere soziale Bedeutung, sie stehen für Wohlbefinden und sind vor allem in Pflegeheimen oft die Höhepunkte des Tages, welche dem Tag auch Struktur geben.

In der geriatrischen Pflege können sich aufgrund der Veränderungen im Alter (physisch, psychisch und sozial) besondere Bedürfnisse (wie zum Beispiel das Einhalten einer speziellen Diätform) aber auch Probleme (beispielsweise Schluckprobleme) hinsichtlich Ernährung ergeben. Es gilt ebenso zu bedenken, dass die Ernährung nicht für jede Person den gleichen Stellenwert hat und dementsprechend individuelle Aspekte im Rahmen des Pflegeassessments erfragt werden sollten (Matolycz 2011).

Herausforderungen in der geriatrischen Pflege in Bezug auf Ernährung können von der Einschränkung der Mobilität zur Beschaffung und Zubereitung von Nahrung über die Einschränkungen der Sehfähigkeit reichen.

Auch Einschränkungen durch herabgesetzte kognitive Fähigkeiten haben weitreichende Folgen. Es kann passieren, dass Nahrungsmittel sowie Behelfe für die Nahrungsaufnahme nicht erkannt oder richtig verwendet werden oder sogar die Einsicht in der Notwendigkeit von Essen und Trinken gänzlich fehlt. Häufige Probleme in dieser Hinsicht sind das Ablehnen von Nahrung (wobei die Gründe von Ekel, Nachlassen der Geschmacks- und Geruchsempfindung über Schmerzen/Schwierigkeiten bei Kauen und Schlucken reichen können) und das mangelnde Vermögen, selbstständig zu essen und zu trinken (Matolycz 2011).

Die bisher erwähnten Defizite hinsichtlich der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme machen eine Unterstützung durch Pflegepersonen erforderlich.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass Elderly Abuse ein wichtiges Thema ist, da es sowohl für die Betroffenen als auch die Gesellschaft weitreichende und gravierende Folgen hat. Unbekannt bzw. unerforscht ist jedoch, welchen Stellenwert Gewalt hinsichtlich Ernährung hat, wie z.B. das gewaltsame Eingeben von Essen, die unzureichende Zeit für die Nahrungsaufnahme oder die nicht angebotene Hilfe bei dieser.

Die Forschungsfrage lautet: Wie häufig kommt Elderly Abuse in Bezug auf Ernährung in Pflegeheimen vor?

Das Forschungsziel war das Aufzeigen der Prävalenz von Elderly Abuse hinsichtlich Ernährung in Pflegeheimen.

2 Methode

Diese Bachelor-Arbeit ist eine Literatur-Review, dabei handelt es sich um eine Zusammenfassung der vorhandenen Forschungsergebnisse um das Forschungsthema darzustellen. Die relevante Literatur wird gesammelt, evaluiert und zusammengefasst (Polit & Beck 2008).

Die Literaturrecherche erfolgte im Zeitraum von Anfang Oktober 2017 bis Ende November 2017. Die Suche wurde in den Datenbanken Pubmed und CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) durchgeführt.

Zusätzlich erfolgte noch eine „Handsuche“, bei welcher die Referenzlisten der bereits gefundenen Studien gesichtet wurden.

Im Rahmen der Suche wurden für eine Optimierung der Suche sowohl Schlüsselwörter (Keywords) als auch MeSH-Terms (Pubmed) und Subject-Headings (CINAHL) verwendet. Die Suchwörter waren alle in englischer Sprache und miteinander verbunden.

Folgende Wörter wurden für die Literatursuche verwendet: Elder(ly) Abuse, Neglect, Long-Term Care, Nursing Homes, Residential Facilities, Food, Food Deprivation, Force feeding, feeding.

Die Wörter wurden mit den Bool'schen Operatoren AND, OR und NOT verbunden.

In beiden Datenbanken wurde eine Titel- und Abstract-Suche durchgeführt. Zusätzlich wurden noch folgende Limitationen verwendet: Publikationen der letzten zehn Jahre (2007-2017), Abstract vorhanden, in deutscher oder englischer Sprache und nur „humans“ betreffend.

Die Titel der gefundenen Studien wurden hinsichtlich Relevanz für die Beantwortung der formulierten Forschungsfrage und der enthaltenen Keywords überprüft. Als zweiter Schritt folgte dann ein Abstract-Screening, mit speziellem Augenmerk ob die Prävalenz bereits benannt wurde. Während des Volltextscreenings wurden weitere Ein- und Ausschlusskriterien beachtet (das Setting „Langzeitpflege“, dass die verübte Gewalt von den Pflegepersonen ausging und ob es hinsichtlich der Häufigkeit genaue Zahlen gab).

Nach dem Abstract-Screening waren 17 Studien übrig, davon war jedoch eine Studie doppelt vorhanden. Durch das Volltextscreening wurden 15 Studien exkludiert, da sie nicht die Forschungsfrage klärten.

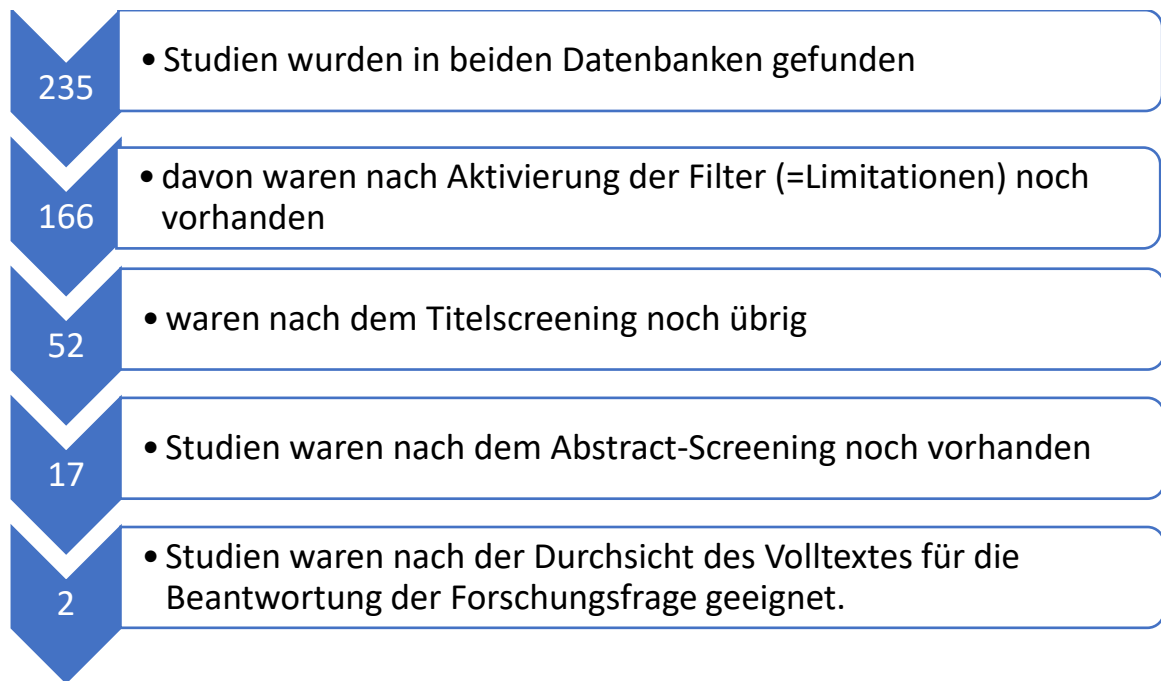


Abbildung 1: Die Suchprozesse in den beiden Datenbanken (Pubmed und Cinahl)

Die zwei Studien, welche zur Beantwortung der Forschungsfrage herangezogen wurden, wurden mittels Bewertungsbogen nach Hawker, S., S. Payne, et. al. (2002) bewertet.

Jede der neun zu bewertenden Kategorien im Bewertungsbogen konnte bis zu vier Punkte erhalten. Die Gesamtanzahl der Punkte (maximal 36 Punkte) wird in Prozente umgerechnet. Für diese Bachelor-Arbeit wurde festgelegt, dass die inkludierten Studien 80% (das entspricht 29 Punkten) oder mehr erreichen mussten, um inkludiert zu werden. Beide Studien erfüllen diese Anforderung

Tabelle 1: Kurzübersicht über die Bewertung der einbezogenen Studien

	“Care workers‘ abusive behavior to residents in care homes” Cooper et. al (2012)	“Elder Abuse in Assisted Living” Castle und Beach (2011)
Abstract und Titel	3	3
Einleitung und Ziele	2	3
Methode und Daten	4	3
Stichprobe	4	4

Datenanalyse	4	2
Ethik und Befangenheit	2	3
Ergebnisse	3	4
Übertragbarkeit oder Verallgemeinbarkeit	4	4
Folgen und Nutzen	4	3
Ergebnis der Bewertung in Punkten (von 36 möglichen Punkten) und Prozent	30 = 83,3%	29 = 80,5%

3 Ergebnisse:

In diesem Kapitel werden die eingeschlossenen Studien ausführlich beschrieben. Für eine gute Übersicht werden die beiden inkludierten Studien in Kurzform nebeneinander präsentiert und verglichen (Tabelle 2).

Tabelle 2: Kurzübersicht der einbezogenen Studien

	„Elder Abuse in Assisted Living“	“Care workers’ abusive behavior to residents in care homes”
Autor/Jahr	Castle & Beach 2011	Cooper et al. 2012
Land	USA	Großbritannien & Australien
Ziel	Entwicklung eines Fragebogens um Häufigkeit und Typen von Missbrauch in dem Setting „Assisted Living“ zu erforschen.	Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung vom Missbrauchsfällen in Pflegeheimen
Methode	Quantitatives, deskriptives Design	Qualitatives Design
Stichprobe	1.) 37 Pflegepersonen aus zehn verschiedenen	36 Pflegekräfte aus 4 Londoner Pflegeheimen

	Pflegeheimen +15 zur anschließenden Überprüfung des neuen Fragebogens 2.) 832 Pflegepersonen	
Hauptergebnisse	1.) Entwicklung eines Fragenbogens zur Erfassung von Missbrauch in Pflegeheimen 2.) in 38% haben BewohnerInnen der Pflegeperson erzählt, dass ihnen Essen von einer anderen Person vorenthalten wurde	50 % der antwortenden Pflegepersonen haben den BewohnerInnen meistens nicht genug Zeit zum Essen gegeben oder ihnen das Essen zu schnell eingegeben, 33,3% haben manchmal so gehandelt und 16% haben fast nie so gehandelt.

“Care workers‘ abusive behavior to residents in care homes: a qualitative study of types of abuse, barriers, and facilitators to good care and development of an instrument for reporting of abuse anonymously” von Cooper et al. 2012.

Diese Studie hatte mehrere Ziele: die Entwicklung eines Instrumentes um Missbrauch an Älteren anonym melden zu können, sich mit den Typen von Altersmissbrauch auseinanderzusetzen sowie Barrieren bzw. förderliche Faktoren von „guter“ Pflege festzustellen.

Bei Durchsicht der bestehenden Literatur stellte das Forschungsteam fest, dass MitarbeiterInnen, welche Missbrauch melden, massive Konsequenzen (rechtliche, dienstliche und soziale) erwartete und es bisher kein Instrument gab, welches Gewalt anonym erfasste.

Anhand einer „Gelegenheitsstichprobe“ wurden Pflegekräfte aus Pflegeheimen in London rekrutiert. Es wurden Fokusgruppen mit gesamt 36 TeilnehmerInnen abgehalten, wo diese gefragt wurden ob sie bereits ZeuginInnen von Missbrauch wurden oder diesen selber verübt haben.

Die Fokusgruppen bestanden aus zwei bis drei ForscherInnen, sechs bis dreizehn TeilnehmerInnen und dauerten zwischen 60 bis 90 Minuten. Spezieller Fokus wurde auf die Barrieren „guter“ Pflege von Personen mit Demenz gelegt. Die TeilnehmerInnen wurden mehrmals ermutigt Beispiele für „gute oder schlechte“ Pflege zu geben.

In der ersten Gruppe wurde den TeilnehmerInnen die „Modified Conflict Tactics Scale“ kurz MCTS vorgelegt. Dabei handelt es sich um ein Instrument welches entwickelt wurde um Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen hinsichtlich Missbrauch zu befragen. Sie wurden befragt, welche der bestehenden Fragen ihrer Meinung nach wichtig für Pflegeheimangestellte seien und welche für einen anonymisierten Fragebogen passen, aber auch welche weiteren Punkte noch inkludiert werden sollten. Nach der jeweiligen Fokusgruppensitzung wurde der Fragebogen überarbeitet bis eine Datensättigung erreicht wurde.

Es ist hierbei insbesondere zu benennen, dass die für die Beantwortung der Forschungsfrage dieser Bachelorarbeit genannten Ergebnisse in der Studie von Cooper et. al (2012) per Zufall gefunden wurden.

Der fertige Fragebogen wurde anschließend 28 Gruppenteilnehmern zugestellt, mit der Bitte um eine letzte kritische Bewertung des Instruments. Sechs Teilnehmer antworteten auf diese Bitte und beantworteten auch (trotz der Bitte es nicht zu tun) den Fragebogen.

“Elder Abuse in Assisted Living” von Nicholas Castle und Scott Beach 2011.

Diese Studie hatte zwei Ziele. Das erste Ziel war, einen geeigneten Fragebogen für die Erfassung von Missbrauchsfällen in Pflegeheimen zu entwickeln. Das zweite Ziel war, mithilfe des neu entwickelten Fragebogens die einzelnen Typen von Missbrauch (sexuell, verbal, physisch, psychisch, pflegerisch, medikamentös und materiell) hinsichtlich ihrer Häufigkeit zu erfassen, sowie die Art wie die antwortenden Pflegepersonen von diesen Missbrauchsfällen erfahren (durch den betroffenen Bewohner/die Bewohnerin selbst, eine andere Person, selbst beobachtet,..) festzuhalten.

Zur Entwicklung des neuen Fragebogens wurden sieben relevante Kategorien von Elder Abuse definiert. Um passende Items für die neuen Messinstrumente zu entwickeln, wurden Interviews mit 37 Pflegepersonen aus zehn verschiedenen Pflegeheimen geführt. Der hier entstandene Fragen-Pool wurde dann durch das Forschungsteam überarbeitet und reduziert. Der finale Fragebogen beinhaltete 46 Items bezüglich der einzelnen Missbrauchsarten sowie noch demografische Fragen zu den Teilnehmern und Charakteristika der

Pflegeeinrichtung. Jede Frage konnte mithilfe von vier Antwortkategorien beantwortet werden: Die antwortende Pflegeperson hat (a.) beobachtet oder Beweise, dass das passiert ist, (b.) vom Bewohner/der Bewohnerin davon erzählt bekommen, (c.) von jemanden anderen als dem Bewohner/der Bewohnerin davon erzählt bekommen, (d.) vermutet, dass das passiert ist.

20 % der Mitglieder der „Pennsylvania nurse aide registry“ (n= 7 000) wurde der neu entwickelte Fragebogen per Post zugeschickt, davon waren 832 Pflegepersonen, die in einer „Assisted Living“-Einrichtung gearbeitet hatten. Es sollten nur Missbrauchsfälle, die in den letzten drei Monaten passiert sind, zur Beantwortung der Fragen herangezogen werden.

3.1 Prävalenz von Elderly Abuse hinsichtlich Ernährung

Die Ergebnisse der sechs Fragebogen der Studie von Cooper et al. 2012 lauten wie folgt: Drei von 6 Antwortenden gaben BewohnerInnen meistens nicht genug Zeit zum Essen oder geben ihnen das Essen zu schnell ein. Zwei von sechs haben manchmal so gehandelt, während eine Person angab, nie so zu agieren.

Nach Castle und Beach 2011 berichten 38% der Pflegekräfte, dass BewohnerInnen der Pflegeeinrichtung ihnen von Vorenthalten von Essen durch andere MitarbeiterInnen erzählt haben. 20% sind ZeugInnen davon geworden oder haben Beweise für dieses Verhalten, während 29% den Verdacht hatten, dass den BewohnerInnen das Essen vorenthalten wurde. 19% haben von anderen Personen (als den BewohnerInnen) vom Verhalten erfahren.

32% der Pflegekräfte berichteten, dass BewohnerInnen der Pflegeeinrichtung ihnen von Vorenthalten von Wasser durch andere MitarbeiterInnen erzählt haben, während 22% ZeugInnen davon geworden sind oder Beweise für dieses Verhalten hatten.

33% haben von anderen Personen (als den BewohnerInnen) davon erfahren, in 28% hatten die Pflegekräfte den Verdacht, dass die BewohnerInnen nicht ausreichend Wasser zu trinken bekommen.

Die unterschiedlichen Prävalenzen hängen mit der Art des Informationserhalts zusammen – es wird differenziert ob die Pflegepersonen das Verhalten selbst beobachtet haben, Beweise dafür haben, ihnen die Informationen zu dieser Gewaltform von anderen

zugetragen wurden oder sie dieses Verhalten selbst an den Tag gelegt haben (Cooper et al. 2012).

Des Weiteren wurden auch Situationen, in denen Gewalt passieren, näher beschrieben sowie begünstigende Faktoren für gewaltsames Handeln aufgeführt.

3.2 Situationen, in welchen Gewalt passiert:

Nach Cooper et. al (2012) können Beobachtungen von gewalttätigem Verhalten in drei Kategorien eingeteilt werden: 1.) Situationen aufgrund von nicht ausreichenden Ressourcen oder gleichzeitigen Anforderungen durch andere BewohnerInnen wie zum Beispiel, wenn ein Bewohner/eine Bewohnerin auf Pflege warten muss, weil die zuständige Pflegeperson gerade bei einer anderen Person tätig ist.

2.) Vorfälle, wenn das Personal in einer potentiell misshandelnden Art und Weise tätig ist. Das in der Studie genannte Beispiel beschreibt eine Drohung gegenüber einem Patienten um ihn dadurch zur Akzeptanz der Pflegemaßnahme zu bringen.

3.) Situationen aufgrund von (ungünstigen) institutionellen Praktiken beziehungsweise Rahmenbedingungen wie zum Beispiel, wenn PatientInnen nur unzureichende Zeit für die Nahrungsaufnahme gegeben wird, weil die Öffnungszeiten der Küche zu knapp bemessen sind.

3.3 Begünstigende Faktoren für gewalttätiges Verhalten:

Faktoren, welche Missbrauch beziehungsweise gewalttätiges Verhalten begünstigen, können nach Cooper et. al (2012) ebenfalls in drei verschiedene Kategorien differenziert werden:

-Institutionelle Faktoren: hier werden vor allem bürokratische Hürden und nur mangelnde Informationen über die BewohnerInnen angeführt. So berichtete ein Studienteilnehmer, dass es oft sehr kompliziert ist, herauszufinden, an welcher Krankheit der Bewohner/die Bewohnerin wirklich leidet und welche Einschränkungen er dadurch hat. Aber auch der nicht ausreichende Pflegeschlüssel (Verhältnis von Pflegeperson zu BewohnerIn/PatientIn/KlientIn) wird in allen Fokusgruppen zur Sprache gebracht.

-Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte: Ein wesentliches Problem besteht darin, dass viele

Pflegekräfte sich beispielsweise unterbewertet, unterbezahlt und ignoriert fühlen und diese Gefühle vermehrt in gewaltvollem Verhalten enden.

-Verhalten der BewohnerInnen: In mehreren Fokusgruppen wurde im Rahmen der anregenden Diskussionen festgestellt, wenn BewohnerInnen sich bereits aggressiv gegenüber der Pflegeperson verhielten, dass diese dann ebenso aggressiv antworteten.

3.4 Lösungsansätze:

Als die Teilnehmer der Fokusgruppen um konkrete Lösungsvorschläge gebeten wurden, wurde angegeben, dass mehr Zeit, mehr Teamwork und institutionelle Flexibilität ihrer Meinung nach qualitativ hochwertigere Pflege ermöglichen würde. (Cooper et. al 2012)

4 Diskussion:

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, Daten bezüglich der Prävalenz von Elderly Abuse hinsichtlich Ernährung in Pflegeheimen zu sammeln. Dabei wurden Prävalenzzahlen von 38% hinsichtlich Vorenthalten von Nahrungsmitteln festgestellt und 50% hinsichtlich nicht ausreichend Zeit geben beziehungsweise zu schnellem Essen eingeben, identifiziert. Mit der gefundenen Literatur ließ sich die Forschungsfrage beantworten, jedoch ist der Umfang der gewonnenen Daten nicht ausreichend um die Ergebnisse auf ein weiteres Umfeld umlegen zu können.

Bereits bei der Literaturrecherche wurde ersichtlich, dass es sich hier offensichtlich um ein wenig beforschtes Thema handelt. Meist wurde dieser Bereich des Missbrauchs zwar im Rahmen von größeren Studien abgedeckt, dennoch konnten nicht ausreichend Studien und Zahlen zu dieser speziellen Thematik identifiziert werden.

Auffallend war, dass Missbrauch hinsichtlich Ernährung zwar oft als Beispiel genannt wurde, wie zum Beispiel Vorenthalten oder das gewaltsame Eingeben der Nahrung als Beispiel von physischer Gewalt (Schiemberg et al. 2012, p. 73)) oder das nicht ausreichend Zeitgeben für eine angemessene Nahrungsaufnahme durch zu knapp berechnete Zeiten der Küche (Matolycz 2011, pp. 274) als ein Beispiel von struktureller Gewalt, jedoch eigenständige Forschungen hinsichtlich dieser Thematik kaum vorhanden sind.

Sowohl die Studie von Cooper et. al (2012) als auch die von Castle und Beach (2011) lassen darauf schließen, dass es sich bei diesem Aspekt der Gewalt beziehungsweise des Missbrauchs um ein umfassendes Pflegeproblem handelt. Die Prävalenz von 38-50% ist im Vergleich zu anderen Missbrauchsarten wie zum Beispiel der von psychischer Gewalt mit 19,4% und der Prävalenz von finanziellem Missbrauch mit 3,8% („European report on preventing elder maltreatment“ 2011, p. 25) sehr hoch.

Gründe hierfür könnten sein, dass diese Art von Gewalt oft nicht als Gewaltakt erkannt wird, dass diese Handlung schnell und ohne bewussten Kraftaufwand ausgeübt wird, aber auch weil dieses Verhalten als positiv für den Patienten/die Patientin angesehen wird. Oft spielt hier auch das mangelnde Wissen einerseits hinsichtlich des Krankheitsbildes des Bewohners/der Bewohnerin (so wird das Ablehnen der Nahrung durch den Bewohner/die Bewohnerin zum Beispiel nicht als Teil der Demenzerkrankung gesehen, sondern als mutwillige Handlung) andererseits aber auch hinsichtlich der rechtlichen Situation (dass es hierbei um Gewalt handelt) mit.

Ein direktes Vergleichen der in den Studien gewonnenen Daten ist aufgrund der unterschiedlichen Fragestellung nicht möglich. Während in der Studie von Castle und Beach (2011) der Schwerpunkt auf das Vorenthalten des Essens beziehungsweise des Wassers lag, wurde bei Cooper et al. (2012) Fokus auf die nicht ausreichende Zeit für die Nahrungsaufnahme gelegt. Beide Studien lassen jedoch auf eine hohe Prävalenz schließen, wodurch man durchaus behaupten könnte, dass es sich somit um ein massives und weitreichendes Problem handelt.

Ein Vergleich mit internationaler Literatur ist aufgrund der bestehenden Forschungslücke leider nicht möglich.

Die Dunkelziffer ist aufgrund des großen Anteils von älteren Menschen in der Bevölkerung vermutlich sehr hoch. Es handelt sich bei dieser Thematik immer noch um ein Tabuthema, daher sind auch die bekannten Zahlen beziehungsweise Ergebnisse zu hinterfragen, da die bisherigen Daten eventuell aufgrund von sozialer Erwünschtheit nicht wahrheitsgetreu sind. Das bedeutet, dass Befragte eventuell nicht ehrlich antworten, sondern so wie es von der Gesellschaft erwartet oder erwünscht wird.

4.1 Stärken und Limitation:

Eine Limitation der Arbeit ist, dass nur die Datenbanken Pubmed und Cinahl herangezogen wurden. Eventuell hätten weitere Datenbanken wie Conchrane, Ovid oder andere, mehr Ergebnisse gezeigt. Cinahl ist jedoch hinsichtlich Pflege die relevanteste Datenbank.

Eine weitere Limitation ist, dass sowohl die Literatursuche als auch die kritische Bewertung der Studien nur durch eine Person erfolgt ist.

Stärken dieser Arbeit sind die Bewertung der gefundenen Literatur anhand eines fundierten Bewertungsbogens, dass sowohl qualitative als auch quantitative Studien einbezogen wurden und die Suche mittels MESH-Terms (Pubmed) beziehungsweise Subject-Headings (Cinahl) erfolgte.

Dass schlussendlich nur zwei Artikel für die Beantwortung der Forschungsfrage herangezogen wurden, ist auch eine deutliche Limitation, da es dadurch nur erschwert möglich ist, die Ergebnisse dieser Literaturreview auf weitere Länder umzulegen. Trotzdem muss als Stärke erwähnt werden, dass zumindest die beiden inkludierten Studien international sind – die eingeschlossenen Studien kommen aus den USA und Großbritannien/Australien.

5 Schlussfolgerung & Empfehlung:

Die Prävalenz von Elderly Abuse hinsichtlich Ernährung in Pflegeheimen beträgt 38% hinsichtlich Vorenthalten von Nahrungsmittel und 50% hinsichtlich dem nicht ausreichend Zeit geben für die Nahrungsaufnahme beziehungsweise zu schnellem Essen eingeben.

Im Rahmen dieser Arbeit wurde festgestellt, dass es sich um eine große Forschungslücke handelt. Diese Schlussfolgerung stimmt auch mit den Empfehlungen der beiden Studien überein.

Eine einheitliche Datenerhebungsmethode zu dieser Thematik wird empfohlen, da die momentan bestehende Bandbreite an verschiedenen Methoden eine einheitliche Forschung und dadurch Vergleichbarkeit der Daten von Elderly Abuse erschwert. Das Erarbeiten eines geeigneten Fragebogens zur Erfassung von Daten von Elderly Abuse hinsichtlich Ernährung sowie eine Studie aufgrund dessen wäre ein potentieller Forschungsansatz um vergleichbare und zuverlässige Prävalenzraten angeben zu können.

6 Literaturverzeichnis:

Diek, M 1987, "Gewalt gegen ältere Menschen im familiären Kontext – Ein Thema der Forschung, Praxis und der öffentlichen Information.", *Zeitschrift der Gerontologie*, 20. Jg., 5/1987, pp. 305-313.

Eiter, J, Eder, G & Mair, M 2013, *Ernährungslehre und Diätetik für Gesundheits- und Krankenpflege*, Trauner Verlag, Linz.

Löser, C, Jordan, A & Wegner, E 2012 *Mangel- & Unterernährung*, Triasverlag, Kassel.

Matolycz, E 2011, *Pflege von alten Menschen*, Springer-Verlag, Wien.

Meyer, M 1998, *Gewalt gegen alte Menschen in Pflegeeinrichtungen*, Verlag Hans Huber, Bern

Polit, DF & Beck, CT 2008, *Nursing Research – Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, 8th edn, Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia.

PraxaVita 2018, *Definiton Dehydrierung*, vom 08.02.2018

<https://www.praxisvita.de/dehydration-ursachen-sind-zu-geringe-zufuhr-oder-zu-hohe-ausscheidung-von-fluessigkeit-7279.html>

Pubmed 2017, *Definition Residential Facilities*, vom 24.11.2017 <https://www-1ncbi-1nlm-1nih-1gov-1pubmed.han.medunigraz.at/mesh/?term=residential+facilities>

Pubmed 2017, *Definition Assisted Living Facilities*, vom 04.12.2017, <https://www-1ncbi-1nlm-1nih-1gov-1pubmed.han.medunigraz.at/mesh/68040561>

Pubmed 2017, *Definition Home for the Aged*, vom 04.12.2017, <https://www-1ncbi-1nlm-1nih-1gov-1pubmed.han.medunigraz.at/mesh/68006707>

Statistik Austria 2016, *Bevölkerungsstand*, vom 04.12.2017,

https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/index.html

Statistik Austria 2015, *Gesundheitsausgaben in Österreich*, vom 06.11.2017

https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsausgaben/019701.html

Statistik Austria 2016, *Personalstand der nichtärztlichen Gesundheitsberufe*, vom 06.11.2017,

https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/022348.html

WHO 2011, European report on preventing elder maltreatment, heruntergeladen am 20.11.2017.

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf?ua=1

WHO 2003, Zusammenfassung Weltbericht Gewalt und Gesundheit, heruntergeladen am 20.11.2017.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42512/4/9241545623_ger.pdf?ua=1&ua=1

7 ANHANG

Bewertung der Studie "Care workers' abuse behavior to residents in care homes: a qualitative study of types of abuse, barriers, and facilitators to good care and development of an instrument for reporting of abuse anonymously" anhand des Beurteilungsbogen nach Hawker, S., S. Payne, et al. (2002)

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study? → Fair = 3

Titel ist unnötig lange. Forschungsproblem ist im Background erwähnt. Das Ziel ist nicht klar beschrieben & auch keine Forschungsfrage ist formuliert. Die Methode ist beschrieben, das Ergebnis und Beispiele für Missbrauch sind erwähnt, genaue Zahlen fehlen aber.

Die Schlussfolgerung ist gegeben, sowie auch weitere Forschungsempfehlungen. Bei weiterer Durchsicht des Artikels lässt sich feststellen, dass im Artikel Demenz ein zentrales Thema ist, davon lässt sich jedoch weder im Titel noch im Abstract etwas erahnen.

2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research? → Poor = 2

Background wurde angeschnitten, könnte allerdings umfassender sein. Weder Ziel, noch Forschungsfrage wurden hervorgearbeitet, auf die Forschungslücke wird allerdings hingewiesen. Literatur-Review wurde gemacht.

3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained? → Good = 4

Die Methode ist angemessen und wird genau beschrieben (Focus groups, Anzahl, Dauer, Mitgliederanzahl). Sowohl der ursprünglich verwendete Fragebogen (MCTS), die Überarbeitung, als auch der schlussendlich neue Fragebogen (CHCS) sind inkludiert und gut erklärt. Die erhobenen Daten sind ausreichend beschrieben /aufgeführt (Aussagen während der Gruppensitzungen). Die Sitzungen wurden digital aufgezeichnet und später niedergeschrieben.

4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims? → Good = 4

Die Art des Samplings ist angemessen und stellt auch die Informationen bereit. Demografische Charakteristika der Teilnehmer sind dargestellt. Information bezüglich Anzahl der Gruppensitzungen, Anzahl der Forscher und Teilnehmer sowie der Dauer der Sitzung sind vorhanden. Die Änderungen der Rahmenbedingungen sowie der Forschungsinstrumente (Fragebogen) ist aufgeführt und erklärt/gerechtfertigt. Die Sample-Größe ist angemessen.

5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

→ Good = 4

Analyse und Vorgehensweise wurden gut erklärt. Es wurde beschrieben wie und wer die Themen in Kategorien aufteilte, welches Program verwendet wurde. Angaben über die Datensättigung wurden getätigt.

6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered? → Poor = 2

Die Genehmigung durch ein Ethikkomitee wurde eingeholt, es wurde beschrieben, dass die Teilnehmer einen „informed consent“ gegeben haben. Als Einschränkung wurde die Anwesenheit des Managers angegeben, ansonsten fehlen weitere Informationen!

7. Results: Is there a clear statement of the findings? → Fair = 3

Die Ergebnisse wurden in mehrere, verständliche/logische Gruppen unterteilt. Die Aufführung von Aussagen seitens der Teilnehmer machen die Ergebnisse noch verständlicher. Die Resultate wurden dank guter Gliederung im Artikel den Forschungsfragen zugeteilt. Zusätzlich zu den eigentlichen Ergebnissen hat das Forscherteam noch 6 Teilnehmer den entwickelten Fragebogen testen bzw. ausfüllen lassen und diese Ergebnisse ebenfalls präsentiert. Die Tabellen sind ausreichend und verständlich beschriftet. Leider wurden die Ergebnisse im Ergebnisteil nicht mit vorhandener Literatur verglichen.

8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population? → Good = 4

Kontext und Setting sind ausreichend beschrieben um diese Ergebnisse auch auf andere Settings beziehen zu können.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice? → Good = 4

Die Ergebnisse hat es in dieser Form von keiner anderen Studie gegeben, auch ist diese Studie hinsichtlich der Entwicklung eines anonymisierten Fragebogens neuartig. Es wird klar aufgezeigt, dass definitiv noch mehr Forschungsbedarf besteht, es werden eindeutige Forschungsempfehlungen gegeben.

TOTAL SCORE OF 30 (MAX. = 36) = 83,3%

Bewertung der Studie "Elder Abuse in Assisted Living" anhand des Beurteilungsbogens nach Hawker, S., S. Payne, et al. (2002)

1. Abstract and Title : Did they provide a clear description of the study? → Fair = 3.

Background ist erwähnt (Häufige Betreuungsform), Forschungslücke ist aufgezeigt. Das Ziel ist nicht klar beschrieben & auch die Forschungsfrage ist nicht formuliert. Die Methode ist beschrieben, das Ergebnis ist teilweise erwähnt, genaue Zahlen fehlen aber. Die Schlussfolgerung ist gegeben, die Keywords sind vorhanden.

2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research? → Fair = 3

Background wurde ausreichend erklärt. Die Forschungslücke wurde aufgezeigt. Das Ziel wurde auch beschrieben, allerdings nicht eindeutig als Ziel erkennbar gemacht.

3. Method and Data : Is the method appropriate and clearly explained? → Fair = 3

Die Methode ist angemessen, ein eigener Fragebogen wurde für diese Forschung entwickelt. Der Fragebogen ist im Artikel nicht beinhaltet, kann jedoch bei Bedarf von den Autoren angefordert werden. Die Stichprobe ist angegeben, das Setting ebenfalls. Durch

das Forschungsinstrument lässt sich auf das Design rückschließen, dezidiert erwähnt ist es allerdings nicht. Analyse-Methode ist erwähnt, jedoch nicht im Detail.

4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims? → Good = 4

Persönliche Eigenschaften der Teilnehmer sind aufgeführt, Rekrutierung mittels Fragebogen per Post, nur Pflegepersonal deren letzter Arbeitsgeber ein AL war → daher auch die Ausfallsquote von 7000 auf 855. 63 Ausschlüsse von Teilnehmern wurden erklärt → 832 Fragebögen wurden analysiert. Die Stichprobengröße ist angemessen.

5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous? → Poor = 2

Keine ausreichende Beschreibung der Analyse, es ist lediglich beschrieben, dass eine deskriptive Analyse getätigt wurde.

6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered? → Fair = 3

Ethische Bedenken des Forschers wurden erwähnt, eine Ethik-Kommision hat die Forschung genehmigt. Nachdem es zwischen den Forschenden und den befragten Schwestern keine Beziehung gab (Fragebogen kam per Post) wurde nicht auf diese eingegangen.

7. Results: Is there a clear statement of the findings? → Good = 4

Die Ergebnisse wurden gut aufbereitet und verständlich im Artikel verarbeitet. Die Gesamtprozentzahl je Missbrauchskategorie wurde im Text hervor gehoben, nähere Details zu den Antworten sind in der Tabelle 3 ersichtlich. Es wurden alle im Forschungsziel aufgezählten Kategorien behandelt.

8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population? → Good = 4

Kontext und Setting sind ausreichend beschrieben, wodurch Vergleiche mit den meisten anderen Settings gezogen werden können, falls kein Vergleich gezogen werden kann, ist dies als Limitation aufgeführt.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice? → Fair = 3

Empfehlungen für weitere Forschungen wurden gegeben, so wie Vorschläge für Gesetzesänderungen/-verbesserungen der Kontrolle der Als

TOTAL SCORE OF 29 (MAX. = 36) = 80,5%