



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Alternative Maßnahmen zu Freiheitsbeschränkungen“

Verfasserin

Theodora Rohrbacher

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt:	A 057 122
Studienrichtung lt. Studienblatt:	Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft
Betreuerin / Betreuer:	Univ.-Prof. Mag. Dr. Schrems

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei Frau Dr. Berta Schrems für die Betreuung der Diplomarbeit und vor allem für ihre wertvollen Hinweise und Geduld bedanken.

Weiters bedanke ich mich bei allen ExpertInnen, die mir mit ihren wertvollen Interviews vorliegende Arbeit ermöglichten.

Ein großes Dankeschön an die MitarbeiterInnen der BewohnerInnenvertretung Wien für ihre Unterstützung.

Von Herzen möchte ich mich bei meinem Partner Michael Geissler für seine tatkräftige Unterstützung und Motivation bedanken.

Ein besonderer Dank an meine Eltern, für das Vertrauen, die emotionale und finanzielle Unterstützung und vor allem ein großes Danke an sie für die vielen Stunden, in denen sie auf meine Tochter aufpassten.

Ein ebenfalls besonderer Dank gebührt meiner besten Freundin Frau Angelika Rothenwänder für einen wunderschönen gemeinsamen Weg durch das Studium und viele lustige und arbeitsreiche Stunden.

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit versichere ich,

- dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.
- dass ich dieselbe Arbeit weder im In- noch im Ausland als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.
- dass diese Arbeit mit der von dem Begutachter beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Wien, Februar 2013

Theodora Rohrbacher

*Wer die Freiheit aufgibt,
um Sicherheit zu gewinnen,
wird am Ende beides verlieren.*

Benjamin Franklin

Zusammenfassung

Hintergrund

Etwa 7% der über 75 jährigen Menschen in Österreich leben in Pflege- bzw. Altersheimen, Tendenz steigend. Die Altersstruktur ändert sich dahingehend, dass es immer mehr alte Menschen geben wird und diese auch immer älter werden. Daraus folgt ein steigender Anteil an altersbedingten Krankheiten und Risiken wie Demenz und Sturz. Um sicherheitsgefährdeten Situationen wie zum Beispiel Weglauftendenzen oder einem Sturz entgegenzuwirken, werden freiheitsbeschränkende Maßnahmen wie Bettgitter und Fixierungen angewendet. Um die persönliche Freiheit eines jeden Menschen zu schützen, ist 2005 erstmals das Heimaufenthaltsgesetz in Kraft getreten, welches die Zulässigkeit von Freiheitsbeschränkungen regelt und vorsieht, dass zuerst alle möglichen alternativen Maßnahmen angewendet werden müssen.

Ziel

Das Ziel der Arbeit ist die Darstellung möglicher Gelinderer Maßnahmen für Freiheitsbeschränkungen, ihrer Vor- und Nachteile für BewohnerInnen und Pflegepersonal und der jeweiligen Anwendungsmöglichkeiten. Wissenschaftlich überprüfte als auch praktisch angewendete Maßnahmen werden erfasst und analysiert, um zu einem „Katalog“ zusammengefasst zu werden. Der Katalog soll Empfehlungen zu den Gelinderen Maßnahmen geben, den täglichen Umgang mit der Suche nach alternativen Maßnahmen erleichtern und Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege Sicherheit im Umgang mit Gelinderen Maßnahmen geben.

Methode

Um die Forschungsfragen hinreichend beantworten zu können, werden eine Literaturanalyse und Interviews mit ExpertInnen aus der Praxis durchgeführt.

Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen eine Vielzahl alternativer Maßnahmen zu Freiheitsbeschränkungen auf. Die Evidenzlage ist allerdings ungenügend und für die Praxis mäßig aufschlussreich. Aus den Interviews geht hervor, dass die Anwendung Gelinderer Maßnahmen sehr individuell von den jeweiligen BewohnerInnen abhängig ist.

Abstract

Background

Roughly 7% of people over 75 years in Austria live in nursing homes; with rising tendency. The age structure is changing in such a way that there will be more elderly people, and their life expectancy increases. Subsequently, the number of people afflicted with age-related diseases such as dementia and the risk to fall rises. To counter security risk situations such as a fall or the tendency to run away, restraints are applied. In order to protect the personal freedom of every human being a law was established in 2005. This law governs the admissibility of freedom restrictions, and provides that all possible alternative measures must be applied first.

Objective

The goal of this study is to depict potential lenient measures for freedom restriction, as well as their advantages and disadvantages for residents and nursing staff. Scientifically verified and practically applied measures are recorded, analyzed and combined into a "catalog". The catalog gives recommendations to the lenient measures in order to facilitate the daily use of the search for alternative measures, but it also gives family members the higher service for health and nursing confidence in dealing with milder measures.

Methods

To answer the research questions sufficiently, a literature review and interviews were conducted with experts in the field.

Results

The results point to a variety of alternative measures without restricting the freedom of the patients. The evidence is, however, insufficient for practical use and moderately informative. From the interviews it appears that the application of more lenient measures is very individual, and it depends on the respective resident.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung.....	3
Ehrenwörtliche Erklärung.....	5
Zusammenfassung.....	9
Abstract.....	11
Inhaltsverzeichnis.....	13
1 Einleitung	16
2 Ziel der Arbeit.....	18
2.1 Forschungsfragen und Methoden.....	18
3 Freiheitsbeschränkung	21
3.1 Prävalenz und Inzidenz von Freiheitsbeschränkungen.....	22
3.2 Arten von Freiheitsbeschränkungen	23
3.3 Anwendungsgründe und Risikoindikatoren von Freiheitsbeschränkungen...	24
3.4 Haltung, Einstellung und Erleben der Pflegepersonen.....	26
3.5 Negative Konsequenzen von Freiheitsbeschränkungen	29
4 Das Heimaufenthaltsgesetz	31
5 Gelindere Maßnahmen	34

5.1	Praxisprojekt ReduFix	36
5.2	Leitlinie FEM-Evidenzbasierte Praxisleitlinie.....	38
5.3	Gelindere Maßnahmen – Interventionsebenen.....	40
5.3.1	Umgebungsebene	41
5.3.2	Ebene des Pflegepersonals.....	42
5.3.3	BewohnerInnenebene.....	42
5.4	Studienergebnisse zur Evidenz von Gelinderen Maßnahmen.....	43
5.4.1	Signalsysteme	44
5.4.2	Schulungsprogramme.....	48
5.4.3	Hüftprotector.....	50
5.5	Entscheidungshilfe zur Anwendung passender Gelinderer Maßnahmen	51
6	Gelindere Maßnahmen aus der Praxis.....	53
6.1	ExpertInneninterviews	53
6.2	Ergebnisse der ExpertInneninterviews	56
6.2.1	häufig vorkommende Gelindere Maßnahmen	56
6.2.2	weniger häufig vorkommende Gelindere Maßnahmen.....	64
6.2.3	Einmalig vorkommende Gelindere Maßnahmen	66
7	Diskussion.....	71
7.1	Grenzen der Arbeit.....	79

8	Literaturverzeichnis.....	81
9	Abbildungsverzeichnis.....	87
10	Tabellenverzeichnis.....	87
11	Anhang	88
11.1	Interviewleitfaden für die Experteninterviews.....	88
11.2	Lebenslauf.....	90

1 Einleitung

Die Bevölkerungsprognose 2011 der Statistik Austria gibt eine deutliche Verschiebung der Altersstruktur zu älteren Menschen hin an. Aktuell sind 23% der österreichischen Bevölkerung 60 Jahre und älter, für 2020 gilt die Prognose von 26% und ab 2030 sollen es mehr als 30% sein. Derzeit leben 405.000 über 80-jährige Menschen in Österreich, bis 2030 soll die Anzahl um weitere 57% steigen (Statistik Austria, 2011).

Mit Stand vom 1.1.2009 leben etwa 7% der über 75 jährigen Menschen in Österreich in Pflege- bzw. Altersheimen (Statistik Austria, 2010). Derzeit bestehen in Österreich 869 Alten- und Pflegeheime mit etwa 65400 Wohn- bzw. Pflegeplätzen (Schlaffer, 2010).

Durch die sich ändernde Altersstruktur, dahingehend, dass es immer mehr alte Menschen geben wird und diese auch immer älter werden, steigt auch der Anteil an altersbedingten Krankheiten und Risiken. Vor allem das Sturzrisiko ist eng verknüpft mit der Anwendung von Sicherheitsmaßnahmen, die jedoch gleichzeitig die Bewegungsfreiheit einschränken.

Des Weiteren spielt die Krankheit Demenz eine große Rolle, denn durch eingeschränkte kognitive Fähigkeiten, wie zum Beispiel Gedächtnisstörung, Orientierungsstörung oder Störung des Urteilsvermögens, erhöht sich das Risiko, sich oder andere zu verletzen.

Als Antwort auf den steigenden Anteil an altersbedingten Krankheiten und den daraus resultierenden Risiken sowie einem erhöhten Zeit- und Ressourcenaufwand für BewohnerInnen durch das Pflegepersonal, kann es zur Anwendung von Freiheitsbeschränkenden Maßnahmen kommen.

Mit dem Stichtag 31.12.2008 waren in Österreich 16716 Freiheitsbeschränkungen gemeldet (BewohnerInnenvertretung Wien, 2009). Unter einer Freiheitsbeschränkung versteht das Österreichische Heimaufenthaltsgesetz, wenn eine Ortsveränderung eines/einer BewohnerIn gegen oder ohne seinen/ihren Willen mit physischen Mitteln oder durch deren Androhung unterbunden wird. Eine

Freiheitsbeschränkung muss unerlässlich, geeignet und angemessen sein und nicht durch andere Maßnahmen verhindert werden können (Heimaufenthaltsgesetz, 2010).

Laut dem österreichischen Heimaufenthaltsgesetz sind Freiheitsbeschränkungen nur unter bestimmten Voraussetzungen zulässig, und vor allem muss zuerst jede mögliche Alternative geprüft werden. Des Weiteren wurde in einigen Studien festgestellt, dass negative Konsequenzen aus der Anwendung von Freiheitsbeschränkungen resultieren können (Berzlanovich, Schöpfer & Keil, 2007; Evans, Wood, & Lampert, 2003). In Deutschland werden aktuell zwei große Projekte zu dem Thema Freiheitsbeschränkungen und Gelindere Maßnahmen durchgeführt (Becker, Branitzki, Bredthauer, Guerra, Klein, Klie, Koczy, & Reißmann, 2007; Köpke, Gerlach, Möhler, Haut, & Meyer, 2009). Für die Praxis gibt es wiederum kaum evidenzbasierte Forschungsergebnisse zu einzelnen Gelindere Maßnahmen bzw. ihrer Wirkung zur Vermeidung von Freiheitsbeschränkungen. Aus diesem Grunde wird in der vorliegenden Diplomarbeit das Thema der alternativen Möglichkeiten zu Freiheitsbeschränkungen, im Weiteren Gelindere Maßnahmen genannt, aufgegriffen und näher untersucht. Die Ergebnisse sollen eine Hilfestellung für die Praxis bieten, um eine Minimierung von Freiheitsbeschränkungen bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung der Sicherheit und Lebensqualität für die Betroffenen zu erreichen.

In den folgenden Kapiteln werden das Ziel der Arbeit sowie die Forschungsfragen und Methodik beschrieben. Darauf folgend wird auf das Thema Freiheitsbeschränkung eingegangen, eine Klärung der Begriffe sowie die Darstellung der Epidemiologie von Freiheitsbeschränkungen vorgenommen. Außerdem werden die Gründe für die Anwendung und auf negative Konsequenzen von Freiheitsbeschränkungen behandelt. Im Anschluss wird das Österreichische Heimaufenthaltsgesetz behandelt, um die rechtlichen Aspekte von Freiheitsbeschränkungen zu erörtern sowie zu klären, warum und wann Gelindere Maßnahmen anzuwenden sind. Im Anschluss wird das Kapitel der Gelindere Maßnahmen erarbeitet. Nach einer Begriffsklärung werden Praxisprojekte vorgestellt sowie die Interventionsebenen Umgebung, Personal und BewohnerInnen behandelt. Des Weiteren folgen die Ergebnisse des Literaturreviews zur Evidenz von Ge-

linderen Maßnahmen. Schließlich wird der Prozess der Entscheidungsfindung, wie das Personal zu einer für den/ die BewohnerIn passenden alternativen Maßnahme gelangt, dargestellt. Als nächstes Kapitel folgt die Darstellung und Auswertung der durchgeführten ExpertInneninterviews. Hier wird dargestellt, welche Gelinderen Maßnahmen in der Praxis angewendet werden sowie ihre Wirkung und Praktikabilität sowohl auf BewohnerInnenseite als auch auf Personalseite. Zum Abschluss wird vorgestellt, ob und wie die Anwendung von Gelinderen Maßnahmen gefördert werden kann.

2 Ziel der Arbeit

Das Ziel der Arbeit ist die Darstellung möglicher Gelinderer Maßnahmen für Freiheitsbeschränkungen, ihrer Vor- und Nachteile für BewohnerInnen und Pflegepersonal und der jeweiligen Anwendungsmöglichkeiten. Es soll erarbeitet werden, welche Gelinderen Maßnahmen in der Forschung behandelt und ob deren Wirkung untersucht wurden. Mit dem Ergebnis der Recherche werden Erkenntnisse zu alternativen Maßnahmen aus der Theorie und Praxis erfasst und analysiert, und zu einem „Katalog“ für Personen des Gesundheitswesens zusammengefasst. Solch ein Katalog soll Empfehlungen zu den Gelinderen Maßnahmen geben, den täglichen Umgang mit der Suche nach alternativen Maßnahmen erleichtern und Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege Sicherheit im Umgang mit Gelinderen Maßnahmen geben. Außerdem soll diese Informationsgrundlage zur kreativen Weiterentwicklung von Gelinderen Maßnahmen dienen.

2.1 Forschungsfragen und Methoden

Vorliegende Arbeit hat zum Ziel, alternative Maßnahmen zur Vermeidung von Freiheitsbeschränkungen zu erörtern. Des Weiteren wird ausgearbeitet, welche Möglichkeiten an alternativen Maßnahmen bestehen sowie deren Anwendbar-

keit, Praktikabilität und Wirkung. Dies soll mit der Beantwortung folgender Forschungsfragen stattfinden:

- *Welche alternativen Maßnahmen zu Freiheitsbeschränkungen werden in der Literatur beschrieben und welche Erkenntnisse zur Wirkung dieser Maßnahmen bestehen?*
- *Welche Maßnahmen werden in der Praxis verwendet?*
- *Welche Aussagen können über die Anwendbarkeit und Praktikabilität der verwendeten Maßnahmen getroffen werden?*
- *Wie wird die Wirkung der Gelinderen Maßnahmen in der Praxis von den befragten Experten eingeschätzt? (Gibt es auch negative Wirkungen von alternativen Maßnahmen? Ersetzten verwendete Maßnahmen die Freiheitsbeschränkung komplett oder nur auf Dauer?)*
- *Kann das Einsetzen von alternativen Maßnahmen gefördert werden und wenn ja, wie?*

Um die Fragestellungen hinreichend beantworten und um einen Praxisbezug herstellen zu können, umfasst die Diplomarbeit zwei methodische Schritte. Erstens sollen die Forschungsfragen im Rahmen einer Literaturliteraturarbeit bearbeitet werden. Dazu erfolgt eine Literaturrecherche in diversen Suchmaschinen wie zum Beispiel Google Scholar, per Handsuche in Referenzlisten und in den Datenbanken des Rudolfinerhauses Wien, PubMed und Cinahl mit den in der nachfolgenden Tabelle angeführten Begriffen (siehe Tab. 1):

DEUTSCH	ENGLISCH
Fixierung	Restraint, physical restraint, restraint and nursing, restraint and geriatric care, restraint and bedrails
Freiheitsbeschränkung	
Alternativen und Fixierung und Freiheitsbeschränkung	Restraint and alternatives, restraint and intervention, restraint-free care
Freiheitsentzug und Alternativen	
Begriffe alternativer Maßnahmen aus der Praxis, zum Beispiel Bettenausstiegsalarmsysteme, Sensormatte, Schulungsprogramm, etc.	Bed- exit alarm, educational interventions,

Tabelle 1: Suchbegriffe

Gesucht wurde nach deutsch- und englischsprachiger Literatur ohne zeitliches Limit. Als Ausschlusskriterien wurden Arbeiten aus der psychiatrischen Pflege, aus der Pflege in Anstalten für geistig abnorme und entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher und aus der Kinder- und Jugendpflege identifiziert, da hier das HeimAufG nicht anzuwenden ist (Heimaufenthaltsgesetz, 2010).

Als zweiten methodischen Schritt wurden Experteninterviews durchgeführt. Ein Experte wird definiert als Person, "[...] die sich –ausgehend von spezifischem Praxis- oder Erfahrungswissen, das sich auf einen klar begrenzbaren Problemkreis bezieht –die Möglichkeit geschaffen hat, mit ihren Deutungen das konkrete Handlungsfeld sinnhaft und handlungsleitend zu strukturieren." (Bogner, Litig, & Menz, 2002, S. 45). Anhand der Interviews soll ein Einblick in die Pflegepraxis und der Anwendung von Gelinderen Maßnahmen gewährleistet werden.

Bei den ausgewählten ExpertInnen handelt es sich um Personen aus der Gesundheits- und Krankenpflege, die in der Praxis in Pflegeheimen in Österreich tätig sind. Diese sollen mit der Kompetenz ausgestattet sein, welche ihnen erlaubt, mögliche Gelindere Maßnahmen zu suchen, ihre Anwendbarkeit, Praktikabilität und Wirkung einzuschätzen sowie die Entscheidung über deren An-

wendung zu treffen. Die ExpertInnen werden mit einem vorbereiteten literaturgestützten Interviewleitfaden befragt. Hierfür werden die Personen direkt in der Praxis gesucht und ein Gesprächstermin wird vereinbart. Der Feldzugang erfolgt über MitarbeiterInnen der BewohnerInnenvertretung.

Es handelt sich bei den ExpertInneninterviews um eine qualitative Methode, es werden offene Fragen gestellt bei der anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse die gewonnenen Daten entlang der Fragestellungen ausgewertet werden.

Der Fragenkatalog umfasst Fragen nach den angewandten Gelinderen Mitteln, den Erfahrungen damit sowie Fragen nach der Regelmäßigkeit der Verwendung bzw. Anwendung alternativer Maßnahmen. Die inhaltliche Auswertung dieser Daten erfolgt entlang der Fragestellungen. Die Ergebnisse sollen die Erkenntnisse aus der Literaturarbeit abrunden und erweitern und einen Gesamtüberblick zum Thema der Gelinderen Maßnahmen geben.

3 Freiheitsbeschränkung

Aus dem österreichischem Heimaufenthaltsgesetz geht hervor, dass von einer Freiheitsbeschränkung dann gesprochen wird, wenn der betreuten oder gepflegten Person eine Ortsveränderung gegen oder ohne ihren Willen mit physischen Mitteln oder durch die Androhung dessen nicht möglich ist. Eine Freiheitsbeschränkung muss unerlässlich, geeignet und angemessen sein und nicht durch andere Maßnahmen verhindert werden können (Heimaufenthaltsgesetz, 2010).

Eine weitere Definition aus dem englischsprachigem Raum beinhaltet, dass eine Freiheitsbeschränkung dann vorliegt, wenn Vorrichtungen, Materialien oder Gegenstände, die am oder in der Nähe des Körpers einer Person angebracht werden und sich von dieser nicht kontrollieren oder leicht entfernen lassen und die körperliche Bewegungsfreiheit einschränken oder in der Absicht verwendet werden, willkürliche Positionswechsel und/oder den Zugriff auf den eigenen Körper zu verhindern (JBI, 2002a).

In der Literatur sind unterschiedliche Bezeichnungen für Freiheitsbeschränkungen zu finden. In der Evidenz-basierten Leitlinie FEM wird von Freiheitseinschränkenden Maßnahmen und in der Projektgruppe ReduFix von Bewegungseinschränkenden Maßnahmen (BEM) gesprochen. (Köpke et al., 2009; Becker, Branitzki, Bredthauer, Guerra, Klein, Klie, Koczy, & Reißmann, 2007). In der vorliegenden Arbeit wird, wie auch im österreichischen Heimaufenthaltsgesetz, die Bezeichnung Freiheitsbeschränkung gewählt.

3.1 Prävalenz und Inzidenz von Freiheitsbeschränkungen

Aus dem Jahresbericht des Vertretungsnetz Österreich, eine Organisation, in der der Fachbereich BewohnerInnenvertretung für die Überprüfung von Freiheitsbeschränkungen in 873 Alten- u. Pflegeheimen mit ca. 59000 BewohnerInnen gemäß Heimaufenthaltsgesetz zuständig ist, geht hervor, dass per Jahresende 2011 21485, d.h. 36,4%, Freiheitsbeschränkungen gemeldet waren (Statistik Austria, 2009; VertretungsNetz, 2011).

Aus einer in Deutschland durchgeführten Beobachtungsstudie resultiert eine Prävalenz von 26,2% bei 2367 BewohnerInnen (Meyer, Köpke, Haastert, & Mühlhauser, 2008). Die 2008 veröffentlichte Studie erhebt durch direkte Beobachtung an drei Zeitpunkten die Anwendung von mechanischen Freiheitsbeschränkungen bei BewohnerInnen in Hamburger Pflegeheimen. Mit einer Prävalenz von 24,5% waren Bettgitter die häufigste Freiheitsbeschränkungen, Stecktische, Gurtfixierung und andere Freiheitsbeschränkungen zeigten eine Prävalenz zwischen 2,1% und 2,7%. Die verbleibenden Prozente betreffen medikamentöse Freiheitsbeschränkungen auf welche in dieser Arbeit nicht eingegangen wird, da es nicht in die Kompetenzen des pflegerischen Handelns fällt. Direkt im Anschluss folgte eine 12 monatige prospektive Studie zur Erfassung der Inzidenz und Prävalenz von Freiheitsbeschränkungen. Der Anteil der BewohnerInnen mit mindestens einer Freiheitsbeschränkung während der 12-monatigen Beobachtungszeit lag bei 39,8%. Am Häufigsten (38,5%) wurden Bettgitter angewandt, gefolgt von Stecktischen mit 9,9% und Gurten mit 8,9%. Bei Bredthauer, Becker, Eichner, Koczy, & Nikolaus (2005) werden Bettgitter, Fixierungsgurte und Tischsteckbretter als häufigste Fixierungsmaßnahmen

genannt. Auch Meyer et al., (2008) kommen zu einem ähnlichen Ergebnis. Mit 24,5% waren Bettgitter die am häufigsten angewendeten Freiheitsbeschränkungen, die Gurtfixierung im Bett oder am Rollstuhl und die Tischsteckbretter wurden in etwa 2% der Fälle angewendet.

In der internationalen Literatur wird eine Prävalenz von Freiheitsbeschränkungen zwischen 5% und 70% in Pflegeheimen angegeben. Die große Spannweite lässt sich auf unterschiedliche gesetzliche und organisatorische Rahmenbedingungen der Länder und auf unterschiedliche pflegerische Voraussetzungen und Traditionen zurückführen, sowie auf unterschiedliche Definitionen von Freiheitsbeschränkung, verschiedenen Methoden der Datensammlung, heterogenen Stichproben und Charakteristika des Settings (Hamers & Huizing, 2005; Evans & Cotter, 2008; Köpke, Gerlach, Möhler, Haut, & Meyer, 2009).

3.2 Arten von Freiheitsbeschränkungen

In folgendem Kapitel werden die Arten von Freiheitsbeschränkungen erarbeitet. Zusammengefasst ergibt sich aus der Literatur folgende Einteilung:

- *Hindern am Verlassen eines Bereiches*
 - versperrte Zimmer-, Stations- oder Eingangstüren
 - Drehknopf und komplizierte Türöffnungsmechanismen
 - Türcode, Alarm- /Überwachungssysteme und Personenortungssysteme, die die Rückholung einer Person erleichtern
 - Labyrinthartige Gänge und Gärten
 - Festhalten
 - „Auszeit-Raum“ (Isolierraum)
 - Entfernen von Gehhilfen

- *Hindern am Aussteigen aus dem Rollstuhl oder am Aufstehen von einer Sitzgelegenheit*
 - Fixieren im Rollstuhl mit Gurten (Bauchgurte), Sitzhose, Sitzweste oder Leintuch

- Tisch vor einem Rollstuhl mit angezogenem Bremspedal und die Person kann die Bremsvorrichtung nicht selbst lösen
 - Tisch vor einem Sessel, den die Bewohnerin aus eigener Kraft nicht verrücken kann
 - Therapieplatte/Tischsteckbrett
- *Hindern am Verlassen des Bettes*
 - Seitenteile/ Bettgitter
 - Bettgurte (Bauchgurte)
 - Gegenstände wie z. B. Nachtkästchen, die als Hindernis vor das Bett gestellt werden
 - Fixierung der Arme am Bett, Handgelenkgurte (z. B. damit sich Betroffene keine Kanülen, Sonden, Katheter entfernen können)
- *Medikamentöse Freiheitsbeschränkungen*
 - Auf Medikamentöse Freiheitsbeschränkungen wird nicht näher eingegangen, da die Verschreibung von Medikamenten keine pflegerische Handlung darstellt.

(Schlaffer, 2010; Schüssler, 2009; Bredthauer, Becker, Eichner, Koczy, & Nikolaus, 2005; Hamers, Gulpers, & Strik, 2004).

3.3 Anwendungsgründe und Risikoindikatoren von Freiheitsbeschränkungen

Die Begründungen und Hintergründe für Freiheitsbeschränkungen sind vielfältig, von Sturzgefahr über die Tendenz wegzulaufen bis hin zur Selbstgefährdung (Klie, 2009). Die am häufigsten genannten Risikoindikatoren für eine Freiheitsbeschränkung sind kognitive Beeinträchtigungen, wie zum Beispiel Demenz, jegliche Arten von Mobilitätseinschränkungen und einem daraus resultierendem erhöhtem Sturzrisiko (Hamers & Huizing, 2005; Bredthauer, 2008; Schüssler, 2009).

Gründe für die Anwendung einer Freiheitsbeschränkung können patientenorientiert, sozialgruppenorientiert, behandlungsorientiert oder personal- und organisationsorientiert sein.

Unter patientenorientierte Gründe fallen Sturz oder Verwirrtheit, wobei vor allem die Sturzvermeidung Freiheitsbeschränkungen legitimiert, wie aus einer Erhebung in Altenheimen hervorgeht (Klie, Pfundstein, & Stoffer, 2005). Weitere patientenorientierte Gründe betreffen die Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens sowie die Kontrolle von Verhalten.

Ein sozialgruppenorientierter Grund bedeutet die Vermeidung von Auseinandersetzungen mit dem sozialen Umfeld und die Aufrechterhaltung einer friedlichen Umgebung zum Beispiel die Fremdgefährdung durch den/die BewohnerIn.

Ein behandlungsorientierter Grund betrifft die Verhinderung der Unterbrechung einer medizinischen oder pflegerischen Behandlung wie zum Beispiel der Schutz vor dem Selbstentfernen einer medizinischen Anwendung.

Personal- und organisationsorientierte Gründe sind die rechtliche Verantwortung des Personals sowie strukturelle Merkmale wie zum Beispiel Personalknappheit (Schüssler, 2009; Köpke, Gerlach, Möhler, Haut, & Meyer, 2009).

Patientenorientierte Gründe für Freiheitsbeschränkungen werden in der Literatur am Häufigsten genannt. Evans & FitzGerald (2002) identifizierten in ihrer Übersichtsarbeit in allen berücksichtigten 23 Studien patientenorientierte Gründe, während die anderen Gründe für Freiheitsbeschränkungen unter 50 % in den besagten 23 eingeschlossenen Studien lagen.

Mobile, an Demenz erkrankte BewohnerInnen, selbst- und fremdgefährdete BewohnerInnen mit einem herausforderndem Verhalten und immobile BewohnerInnen werden in der Literatur als typische Problemgruppen mit hohem Risiko für Freiheitsbeschränkungen genannt (Berlach-Pobitzer, Kreissl, Pelikan, & Pilgram, 2005).

Aus einer, in Deutschland durchgeführten Beobachtungsstudie auf einer stationären Gerontopsychiatrie geht hervor, dass Patienten mit Demenz und/oder Delir die höchste Fixierungsinzidenz aufweisen. Darüber hinaus haben demente Menschen mit Mobilitätseinschränkungen ein sehr hohes Risiko für eine Freiheitsbeschränkung. Außerdem zeigte sich, dass das Risiko für eine Freiheitsbeschränkung mit einer Abnahme der Alltagsfähigkeiten einhergeht. Insgesamt wurde ein Drittel der 122 teilnehmenden KrankenhauspatientInnen, mit einem Durchschnittsalter von 70 bis 74 Jahre, fixiert (Bredthauer, Becker, Eichner, Koczy, & Nikolaus, 2005).

Die Ergebnisse einer Prävalenzstudie in zwei niederländischen Pflegeheimen und auf einer Pflegestation bringen zum Ausdruck, dass ca. die Hälfte (49%) der 260 BewohnerInnen mit Beeinträchtigungen der kognitiven Fähigkeiten fixiert wurde. Die BewohnerInnen mit einer Freiheitsbeschränkung waren älter und pflegebedürftiger als BewohnerInnen ohne Freiheitsbeschränkung. Der häufigste Grund für eine Freiheitsbeschränkung war der Schutz vor einem Sturz. Zusammengefasst lässt sich sagen das Mobilität, die Pflegeabhängigkeit sowie das Sturzrisiko als Hauptaktoren für eine Freiheitsbeschränkung gelten (Hamers, Gulpers, & Strik, 2004).

3.4 Haltung, Einstellung und Erleben der Pflegepersonen

Hamers, Meyer, Köpke, Lindenmann, Groven, & Huizing (2008) untersuchten die Einstellung von Pflegepersonen zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen in drei europäischen Ländern. Für am schwerwiegendsten befinden die Befragten Gurtfixierungen am Körper und im Bett. Als am wenigsten restriktiv werden einseitige und beidseitige Bettgitter empfunden, Stecktisch und Gurte im Stuhl wurden als moderate Freiheitsbeschränkungen angesehen. Insgesamt betrachtet das Pflegepersonal Freiheitsbeschränkungen als ein geeignetes Instrument für mehr Sicherheit und Schutz im Pflegealltag.

Eine systematische Literaturrecherche zum Thema Haltung, Einstellung und Erleben der Pflegepersonen zu Freiheitsbeschränkungen kommt zu dem Ergebnis, dass unter bestimmten Voraussetzungen die Anwendung von Freiheits-

beschränkungen als positiv bzw. negativ erachtet wird. In Tabelle 2 sind diese Voraussetzungen sowie die Konsequenzen einer Reduktion von Freiheitsbeschränkungen, nach Meinung der Pflegenden, dargestellt (siehe Tabelle 2).

<p>Die Anwendung von Freiheitsbeschränkungen wird als positiv erachtet...</p>	<ul style="list-style-type: none"> - wenn sie dem Schutz der BewohnerIn dient, zum Beispiel vor Stürzen oder Verletzungen. - wenn sie dem Willen der BewohnerIn oder der Angehörigen entspricht. - wenn andere Möglichkeiten nicht erfolgreich waren. - wenn die Alternative ruhigstellende Medikamente wären. - bei ärztlicher Anordnung.
<p>Die Anwendung wird als negativ erachtet...</p>	<ul style="list-style-type: none"> - da die Anwendung von Freiheitsbeschränkungen negative Gefühle bei den betroffenen BewohnerInnen auslöst. - da die Pflegenden einem Dilemma ausgesetzt werden, wenn eine Freiheitsbeschränkung gegen den Willen der BewohnerIn angewendet wird. - da negative Gefühle bei den Pflegenden hervorgerufen werden (zum Beispiel Frustration, Unbehagen, Betroffenheit, Unzufriedenheit).
<p>Eine Reduktion von Freiheitsbeschränkungen führt nach Meinung der Pflegenden zu...</p>	<ul style="list-style-type: none"> - einer Gefährdung der BewohnerInnen- und MitarbeiterInnensicherheit. - einem erhöhtem Personalbedarf, da zum Beispiel eine höhere Aufmerksamkeit der Pflegenden notwendig wird.

Tabelle 2: Haltung, Einstellung und Erleben der Pflegenden (Köpke, Gerlach, Möhler, Haut, & Meyer, 2009, S. 42f.).

Die Erkenntnisse aus den Untersuchungen lassen erkennen, dass die Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen nicht unreflektiert erfolgt. Dies wird mitunter durch die veränderte Wahrnehmung von Freiheitsbeschränkungen erklärt. Das österreichische Bundesministerium für Justiz hat im Jahre 2005

eine Studie in Auftrag gegeben, welche mittels Interviews und Beobachtungen die Grundlagen für die Implementation des HeimAufG erforschen soll. Durchgeführt wurde die Studie vom Institut für Rechts- und Kriminalsoziologie. Die zu beantwortenden Fragestellungen waren wie folgt:

- Welche Kategorien werden in der Pflegepraxis in den verschiedenen Einrichtungen zur Beschreibung und Klassifikation der BewohnerInnen im Hinblick auf den Problemkomplex Freiheitsbeschränkung verwendet?
- Welche Formen von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen kommen in der Praxis wie häufig zum Einsatz?
- Welche Rolle spielen freiheitsbeschränkende Maßnahmen im pflegerischen Alltag der unterschiedlichen Einrichtungen und welches Problembewusstsein hinsichtlich solcher Maßnahmen existiert hier?

Aus den Interviews mit leitenden Personen aus den Bereichen Pflege und Verwaltung sowie aus der medizinisch-ärztlichen Versorgung ging hervor, dass Freiheitsbeschränkungen verhindern sollen, dass BewohnerInnen weglaufen und dabei zu Schaden kommen können, wie zum Beispiel durch einen Sturz. Des Weiteren werden freiheitsbeschränkende Maßnahmen als die jeweils notwendige und rechtlich korrekte Maßnahme gesehen. Außerdem sah man sich in den Institutionen mit einer Zunahme an Personen konfrontiert, bei denen „Anforderungen der fürsorglichen Pflege und Sicherheit mit denen der Freiheitsgewährung kollidieren.“ (Berlach-Pobitzer, Kreissl, Pelikan, & Pilgram, 2005, S. 75). Aus Befragungen des Pflegepersonals geht hervor, dass früher das Hochziehen von Bettgitter und das Anlegen von Rollstuhlgurten als selbstverständlich angesehen wurden, auch von BewohnerInnen und deren Angehörigen. Viele der Maßnahmen wurden vor Inkrafttreten des HeimAufG unhinterfragt als gängige Praxis im Alltag angewendet (Berlach-Pobitzer, Kreissl, Pelikan, & Pilgram, 2005).

3.5 Negative Konsequenzen von Freiheitsbeschränkungen

Die Autoren eines Reviews (Möhler, Richter, Köpke, & Meyer, 2011) identifizierten Beobachtungsstudien, aus denen hervorgeht, dass Freiheitsbeschränkun-

gen negative Konsequenzen für die betroffene Person mit sich bringen. Fallstudien beschreiben Hämatome, Dekubitalgeschwüre, Atemprobleme, Inkontinenz, verminderte Muskelstärke, Zunahme von Sturzgefahr, ein erhöhtes Risiko für Mortalität sowie weitere Verletzungen wie z. B. Frakturen und Schädel- Hirn Verletzungen (Schüssler, 2009).

Ein weiteres Review kommt zu dem Ergebnis, dass Freiheitsbeschränkungen die Risiken Tod, Sturz und schwere Verletzungen erhöhen (Evans, Wood, & Lampert, 2003).

So führte z. B. 2007 eine Strangulation im Sitzgurt trotz sach- und fachgerechter Fixierung zum Tod einer Heimbewohnerin (Berzlanovich, Schöpfer, & Keil, 2007, S. 363) Dabei wurde eine 91 jährigen Frau aufgrund motorischer Unruhe und einer Sturzgefahr zum Frühstück in einen Rollstuhl mit festgezogener Bremse und heruntergeklappten Fußstützen gesetzt und mit einem Sitzgurt mit Magnetschloss fixiert. Zwei Stunden später wurde sie tot aufgefunden. Sie saß eingekeilt zwischen den Fußstützen und hatte den Sitzgurt straff an der Halsvorderseite anliegen. In der Rekonstruktion des Falles wurde festgestellt, dass die Art der Fixierung, obwohl ordnungsgemäß angebracht, ein Sicherheitsrisiko darstellt. Es gelang mehreren Probandinnen aktiv und trotz rechtmäßig angelegtem Sitzgurt von der Sitzfläche runterzurutschen und in die Strangulationsposition zu kommen. Somit lagen weder pflegerisches Fehlverhalten noch Anwendungsfehler des Sitzgurtes vor. Als Fazit für die Praxis wurde eine kontinuierliche Beobachtung von fixierten BewohnerInnen vorgeschlagen (Berzlanovich, Schöpfer, & Keil, 2007).

Aus dem Bericht der Wiener Heimkommission, zuständig für die Unterstützung des zuständigen Magistrats und der Gewährung der Rechte und Interessen der PflegeheimbewohnerInnen, geht Folgendes hervor: „Die Tatsache, dass ein Seitenteil nicht nur Schutz, sondern auch eine ernstliche und erhebliche Gefährdung für die BewohnerInnen darstellen kann, wird jetzt immer häufiger bei der Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen von den Verantwortlichen in ihren Überlegungen einbezogen. Die BewohnerInnen profitieren nun davon, indem Niedrigstellbetten und Sturzmatten in den Alten- und Pflegeein-

richtungen angeschafft werden.“ (Wiener Heimkommission bei der Wiener Pflege und PatientInnenanwaltschaft, 2009, S. 30).

Bis zum Beschluss des Heimaufenthaltsgesetzes befand sich die Anwendung von Freiheitsbeschränkenden Maßnahmen in einer Grauzone. Das Heimaufenthaltsgesetz sollte die Zulässigkeit von Freiheitsbeschränkungen regeln und die Anordnungsbefugnisse vorschreiben, um den Schutz der Persönlichkeitsrechte der HeimbewohnerInnen sowie die rechtliche Absicherung des Pflegepersonals zu gewährleisten (Hofinger, Kreissl, Pelikan, & Pilgram, 2007).

4 Das Heimaufenthaltsgesetz

Im folgenden Kapitel wird das Österreichische Heimaufenthaltsgesetz behandelt, welches die Voraussetzungen und Überprüfung von Freiheitsbeschränkungen in Pflegeheimen und weiteren Einrichtungen regelt.

„§ 1. (1) Die persönliche Freiheit von Menschen, die aufgrund des Alters, einer Behinderung oder einer Krankheit der Pflege oder Betreuung bedürfen, ist besonders zu schützen. Ihre Menschenwürde ist unter allen Umständen zu achten und zu wahren. Die mit der Pflege oder Betreuung betrauten Menschen sind zu diesem Zweck besonders zu unterstützen.“ (Heimaufenthaltsgesetz, 2010, S. 1).

Im Februar 2004 wurde das 11. Bundesgesetz über den Schutz der persönlichen Freiheit während des Aufenthalts in Heimen und anderen Pflege- und Betreuungseinrichtungen (Heimaufenthaltsgesetz- HeimAufG) im österreichischen Nationalrat beschlossen. Das Gesetz trat im Juli 2005 in Kraft, 2006 und 2010 folgten Novellierungen (Heimaufenthaltsgesetz, 2010). Im weiteren Text wird auf die Novellierung vom 01.07.2010 Bezug genommen.

Der erste Abschnitt des Gesetzes „Allgemeine Bestimmungen“ wahrt den Schutz der persönlichen Freiheit von Menschen, die aufgrund des Alters, einer Behinderung oder einer Krankheit Pflege oder Betreuung benötigen. Der Gel-

tungsbereich des Gesetzes umfasst Alten- und Pflegeheime, Behindertenheime sowie Einrichtungen, in denen wenigstens drei psychisch kranke oder geistig behinderte Menschen ständig betreut oder gepflegt werden können. In Krankenanstalten ist das Gesetz nur auf Personen anzuwenden, die wegen ihrer psychischen Krankheit oder geistigen Behinderung der ständigen Pflege oder Betreuung bedürfen. Außerhalb des Geltungsbereiches liegen Heime und andere Einrichtungen für Minderjährige, psychiatrische Einrichtungen und Anstalten für geistig abnorme Rechtsbrecher (§2 (1) des Heimaufenthaltsgesetzes). In §3 wird formuliert, dass eine Freiheitsbeschränkung dann vorliegt, wenn eine Ortsveränderung einer betreuten oder gepflegten Person gegen oder ohne ihren Willen mit physischen Mitteln, insbesondere durch mechanische, elektronische oder medikamentöse Maßnahmen oder durch deren Androhung unterbunden wird.

Sollte die Person aber zu der Maßnahme einwilligen, liegt keine Freiheitsbeschränkung, sondern eine Freiheitseinschränkung vor. Zu einer Freiheitseinschränkung stimmt, gebunden an die Einsichts- und Urteilsfähigkeit, der/die Betroffene zu. (Hofinger, et al. 2007)

Im 2. Abschnitt des HeimAufG wird auf die Voraussetzungen einer Freiheitsbeschränkung eingegangen. Es werden eine psychische Krankheit oder geistige Behinderung und eine folgende Gefährdung des eigenen Lebens oder des Lebens anderer als Voraussetzungen genannt. Außerdem muss die Freiheitsbeschränkung zur Abwehr einer solchen Gefahr unerlässlich, geeignet und angemessen sein und nicht durch andere, schonendere Maßnahmen verhindert werden können.

Zu einer Freiheitsbeschränkung anordnungsbefugt ist nur der Arzt im Falle einer medikamentösen oder einer sonstigen dem Arzt gesetzlich vorbehaltenen Maßnahme. Für Freiheitsbeschränkungen durch Pflegemaßnahmen ist ein von der Einrichtung betrauter Angehöriger des gehobenen Gesundheits- und Krankenpflegedienstes anordnungsbefugt. In Einrichtungen der Behindertenhilfe sind der/die pädagogische LeiterIn und der/die VertreterIn anordnungsbefugt. Sollte die Freiheitsbeschränkung länger als 48 Stunden dauern oder wiederholt

angewendet werden, so muss der/die LeiterIn der Einrichtung ein ärztliches Zeugnis oder Gutachten einholen, welches besagt, dass die Person psychisch krank oder geistig behindert ist und sein Leben oder das Leben anderer gefährdet. Des Weiteren muss der Grund, die Art, der Beginn und die Dauer der Freiheitsbeschränkung genau dokumentiert werden, der/ die Betroffene muss auf eine, dem Zustand entsprechende Weise aufgeklärt und der/die VertreterIn und die Vertrauensperson müssen verständigt werden.

Der 3. Abschnitt des Gesetzes behandelt die Vertretung der BewohnerInnen, zu der sowohl eine selbst bestellte Person befugt ist, als auch gesetzliche VertreterInnen vom örtlich zuständigen Verein BewohnerInnenvertretung. Die BewohnerInnenvertretung gibt es seit 2005 österreichweit und unterliegt dem Verein für Sachwalterschaft und Patientenadvokatur. Die Mitarbeiter kommen aus unterschiedlichen Professionalitäten, zum Beispiel Rechtswissenschaften, Soziologie, Gesundheits- und Krankenpflege, Psychologie oder Sozialarbeit. Vertreten werden BewohnerInnen sobald eine Freiheitsbeschränkung auftritt oder angedroht wird. Die BewohnerInnenvertretung ist berechtigt, unangemeldet Einrichtungen sowie den/die BewohnerIn zu besuchen, mit der anordnungsbefugten Person zu sprechen, die InteressensvertreterInnen zu befragen und Einsicht in die Pflegedokumentation und Krankengeschichte zu nehmen. Außerdem ist der/die BewohnerInnenvertreterIn befugt, den zuständigen Behörden Auskünfte zu erteilen und einen Antrag auf gerichtliche Überprüfung der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen zu stellen (Heimaufenthaltsgesetz, 2010). In der Praxis wird dies folgendermaßen gehandhabt, dass jede Freiheitsbeschränkung unverzüglich der BewohnerInnenvertretung gemeldet werden muss, worauf ein Besuch folgt, bei welchem die Vertretung die Zulässigkeit überprüft. Die BewohnerInnenvertretung entscheidet nicht über eine mögliche Aufhebung der Beschränkung, sondern sie kann vor Gericht einen Antrag auf Überprüfung einbringen. Binnen sieben Tagen muss sich das Gericht einen persönlichen Eindruck des/der BewohnerIn verschaffen, können Unterlagen eingesehen und auch weitere Gutachter herangezogen werden. Im Anschluss kann es über die Zulässigkeit der Maßnahmen entscheiden. Im Falle einer Unzulässigkeit der Freiheitsbeschränkungen muss diese sofort aufgehoben wer-

den und im Falle einer vorläufigen Zulässigkeit muss es im Laufe von zwei Wochen zu einer mündlichen Verhandlung kommen.

2007 wurden im Zuge des Abschlussberichtes der 2005 in Auftrag gegebenen Studie „Zur Implementation des Heimaufenthaltsgesetzes“ (Berlach-Pobitzer, Kreissl, Pelikan, & Pilgram, 2005) die Ergebnisse der Studie dargestellt sowie weitere Erhebungen in den gleichen Einrichtungen durchgeführt. Der Grund hierfür ist, Befragungen in den gleichen Einrichtungen zu zwei verschiedenen Zeitpunkten durchzuführen um „vorab geäußerte Hoffnungen oder Befürchtungen auf ihren Realitätsgehalt hin zu prüfen“ (Hofinger, Kreissl, Pelikan, & Pilgram, 2007, S.8). Zu folgenden Ergebnissen kamen die Autoren: Das Heimaufenthaltsgesetz führte zwar zu einer allgemeinen Sensibilisierung für Freiheitsbeschränkungen, doch nicht immer zur Entwicklung von konstruktiven Alternativen. Als Gründe werden zum Beispiel Gewohnheiten und strukturelle und finanzielle Einschränkungen angeführt. Es konnte festgestellt werden, dass zur Vermeidung oder Reduktion von Freiheitsbeschränkungen nur geringe Veränderungen der Rahmenbedingungen notwendig wären, zum Beispiel neue Formen der Lagerung oder Veränderungen der organisatorischen Routinen. Des Weiteren konnten die Autoren im Bereich der Pflegemittelentwicklung feststellen, dass zunehmend mehr Produkte entwickelt werden, „[...] die den für die Pflege erforderlichen Sicherheitsstandards entsprechen, ohne dabei in unnötigem Ausmaß freiheitsbeschränkend zu wirken.“ (Hofinger et al., 2007, S. 7).

Auf solche Produkte als auch Maßnahmen, welche Freiheitsbeschränkungen ohne erhöhtem Sicherheitsrisiko für die BewohnerInnen und das Pflegepersonal, vermeiden bzw. ersetzen sollen, wird im folgendem Abschnitt der Arbeit eingegangen.

5 Gelindere Maßnahmen

Der folgende Abschnitt umfasst Praxisprojekte, Interventionsstudien zur Kategorisierung sowie Literaturstudien zur Evidenzlage Gelinderer Maßnahmen.

Anhand dieser Punkte sollen Gelindere Maßnahmen herausgearbeitet werden. Am Ende folgt das Kapitel des Entscheidungsprozesses, mit welchem das Pflegepersonal zu der passenden Gelinderen Maßnahme für die BewohnerInnen gelangt.

Unter Gelinderen Maßnahmen werden alle möglichen alternativen Interventionen zu Freiheitsbeschränkungen verstanden. Im Heimaufenthaltsgesetz ist in Abschnitt 2, § 4, Punkt 3 festgelegt, dass eine Freiheitsbeschränkungen (unter anderem) nur dann zulässig ist, „[...] wenn diese Gefahr nicht durch andere Maßnahmen, insbesondere schonendere Betreuungs- oder Pflegemaßnahmen, abgewendet werden kann“ (Heimaufenthaltsgesetz, 2010). Diese schonenderen Betreuungs- oder Pflegemaßnahmen werden in der Literatur auch Gelindere oder alternative Mittel bzw. Maßnahmen genannt. Grundlagen dazu finden sich in den 1980er Jahren in den USA in Form von Handlungshilfen zur Reduzierung von Freiheitsbeschränkungen induziert (Möhler, Richter, Köpke, & Meyer, 2011). 2002 brachte das Joanna Briggs Institute auf Basis einer Literaturreview eine Liste mit möglichen Alternativen zu Freiheitsbeschränkungen heraus:

- Umweltbedingte Veränderungen: anti-rutsch Böden, bessere Beleuchtung in unmittelbarer Nähe
- Sicherheit im Bett: Matratze am Boden neben dem Bett, Niedrigstellbetten
- Hilfestellungen im Sitzen: Pölster am Sitz, Sessel mit tiefen Sitzen
- Aktivitäten und Unterhaltungsprogramm
- Toilette und Kontinenz
- Änderungen im Pflegeablauf: zusätzliche Supervision, individuelle personenzentrierte Pflege
- Psychosoziale Alternativen: Massage, Umweltgeräusche reduzieren
- Physiologische Alternativen: Schmerzlinderung
- Alarmer (JBI, 2002b)

Darauf folgten Studien in Europa, zum Beispiel in Norwegen (Testad, Aasland, & Aarsland, 2005), Deutschland (Koczy et al., 2007) und den Niederlanden (Huizing, Hamers, Gulpers, & Berger, 2009b). In Deutschland wurden zwei Praxisprojekte zur Reduktion von Freiheitsbeschränkungen durchgeführt, auf welche im Weiteren näher eingegangen wird.

5.1 Praxisprojekt ReduFix

Einen wichtigen und großen Beitrag zur Reduktion körpernaher Fixierung und im Weiteren zu Gelinderen Mitteln haben die Projekte „ReduFix“ und „ReduFix Praxis“ in Deutschland beigetragen. Das Ziel der Projekte war, „[...] durch gezielte Interventionen freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM) bei demenzerkrankten Heimbewohner/-innen zu verhindern oder zu reduzieren, ohne dass es dabei zu negativen Konsequenzen für die Bewohnerin oder den Bewohner kommt.“ (Schuhmacher, Becker, Koczy, Viol, & Klie, 2009, S. 4).

2004 bis 2006 wurde das Modellprojekt „Reduktion von körpernaher Fixierung bei demenzerkrankten HeimbewohnerInnen“ durchgeführt. Es konnte gezeigt werden, dass durch eine multifaktorielle Intervention auf einen Teil von Fixierungsmaßnahmen verzichtet werden kann. Des Weiteren wurde eine prospektive clusterrandomisierte multizentrische Interventionsstudie mit Wartelisten-Kontrolldesign in 45 Altenpflegeheimen und einer Piloteinrichtung durchgeführt. Die Fragestellungen lauteten, ob es möglich ist, durch gezielte Interventionen die Anzahl der fixierten Personen zu reduzieren, die Fixierungszeiten zu verringern und die Anzahl der neu fixierten Personen zu senken, ohne dass es zu vermehrten sturzbedingten Verletzungen kommt und ohne dass vermehrt nebenwirkungsreiche Psychopharmaka gegeben werden. Als Hauptzielgröße wurde die Fixierungsprävalenz definiert und als Nebenzielgrößen die Fixierungsdauer und –inzidenz, Stürze, Frakturen und Psychopharmakagebrauch. Die gesetzten Interventionen waren Information und „Running- in“, Schulung von Mentoren, Hilfsmittelvergabe, telefonische Beratung und eine einmalige Vor-Ort-„Visite“. Die Hilfsmittel waren Hüftprotektoren, Sensormatten und Anti-rutsch-Strümpfe. In der Interventionsgruppe wurden 48 von 231 Personen (20,8 %) entfixiert und in der Kontrollgruppe waren es 15 von 133 (11,3%) Personen. Zusammengefasst konnten freiheitsbeschränkende Maßnahmen ohne Nachteile für die BewohnerInnen reduziert werden, mit einer konstanten Verletzungsrate und ohne Anstieg der Psychopharmaka-Gabe (Bredthauer & Klie, 2004).

Im Anschluss wurden im Zuge von ReduFix Praxis in der Best- Practice- Studie folgende Leitfragen entwickelt:

- Warum wenden bestimmte Einrichtungen der stationären Altenpflege keine oder sehr wenig körpernahe Fixierungen an?
- Wie bewältigen diese Einrichtungen den – eventuell - entstehenden Mehraufwand und ggf. problematische Situationen?
- Wie sehen Alternativen zur körpernahen Fixierung aus?
- Welche Haltungen zu Fixierung, welche Organisationsstrukturen und welche Organisationskultur sind in diesen Heimen vorzufinden?
- Werden trotz der konzeptionellen Ausrichtung an einer Reduzierung von Fixierungen BewohnerInnen fixiert?
(Schuhmacher et al., 2009, S. 5).

In folgender Tabelle (Tabelle 3) sind einzelne Maßnahmen, welche erfolgreich zur Reduktion von Freiheitsbeschränkungen angewendet wurden, ersichtlich. Die Einteilung erfolgte nach den Überbegriffen Sturzprophylaxe, Mitarbeiter-schulung, soziale Betreuung, Beschäftigungsangebote und organisatorische Maßnahmen (Schuhmacher et al., 2009).

Sturzprophylaxe	Hüftprotektoren, Niedrigbetten, Anti-Rutsch-Socken, Sensormatten, Bewegungs- und physiotherapeutische Angebote zur Verbesserung der Gangsicherheit, Passgenaue medikamentöse Einstufung zur Vermeidung von Gangunsicherheit, 500-Lux-Ausleuchtung, Sicherheits-Basecaps (Sturzhelmähnliche Baseballkappen)
Schulung der MitarbeiterInnen	ReduFix- Praxis-Schulung, Sturzprophylaxe, Basale Stimulation, Integrative Validation, Kinästhetik
Soziale Betreuung	Präsenz in den Wohngruppen, Netzwerkpflge, Weglaufschutz ohne geschlossene Station, Tagesstruktur
Beschäftigungsangebote	Unterstützung der Mobilität und Aktivität von BewohnerInnen, Begleitung überwiegend immobiler BewohnerInnen, Abendbetreuung
Organisatorische Maßnahmen	Systematische Fallbesprechung bei BewohnerInnen, die von Freiheitsbeschränkungen bedroht sind; enge Kooperation mit Facharzt und Apotheke bezüglich Medikation

Tabelle 3: Maßnahmen zur Reduktion von Freiheitsbeschränkungen (Schuhmacher et al., 2009).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das Projekt ReduFix einen großen Beitrag zur Reduktion bzw. Vermeidung von Freiheitsbeschränkungen geleistet hat und eine Vielzahl an Gelinderen Maßnahmen konnten identifiziert werden.

5.2 Leitlinie FEM-Evidenzbasierte Praxisleitlinie

Köpke, Gerlach, Möhler, Haut, & Meyer (2009) erstellten in Deutschland eine evidenzbasierte Praxisleitlinie zur Vermeidung von freiheitseinschränkenden

Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege. Der Hintergrund der Leitlinie ist eine Beobachtungsstudie, welche gezeigt hat, dass „[...] freiheitseinschränkende Maßnahmen in Pflegeheimen zwar in wesentlich geringerem Umfang als in den Medien behauptet zum Einsatz kommen, dennoch aber zu einer relativ gefestigten Versorgungspraxis gehören.“ (Köpke et al., 2009, S. 16). Den Hauptteil der Leitlinie stellen Empfehlungen zu verschiedenen Pflegeinterventionen zur Vermeidung freiheitsbeschränkender Maßnahmen dar. Insgesamt wurden 24 Maßnahmen hinsichtlich ihres Hintergrunds und ihrer Evidenz aufgelistet, bewertet und überprüft, mit dem Ergebnis, dass nur wenig Evidenz über deren Wirkung vorhanden ist. Die Darstellung der Evidenz ist unterteilt in Kurzzusammenfassung, Ergebnisse der Literaturrecherche und Zusammenfassung der Ergebnisse und erfolgt in Evidenztabelle, aus denen sich die Qualität der Evidenz ergibt. Diese reicht von keiner Evidenz, sehr geringer Evidenz, geringer Evidenz bis mittlerer Evidenz. In nachstehender Tabelle (siehe Tabelle 4) werden Interventionen zur Reduktion von Freiheitsbeschränkungen sowie die Evidenzen zusammenfassend dargestellt (Köpke et al, 2009).

Signalsysteme	Spezifische Beschäftigungsprogramme	Aktive und passive Musikinterventionen	Tierkontakte	Spezielle Pflege Qualifikationen
Keine Evidenz	Sehr geringe Evidenz	Sehr geringe Evidenz	Sehr geringe Evidenz	Sehr geringe Evidenz
Spezielle Wohnkonzepte	Milieuthherapie	Optische / visuelle Barrieren	Geriatrisch rehabilitative Maßnahmen	Spezifische institutionelle Angebote zur Nachtgestaltung
Keine Evidenz	Sehr geringe Evidenz	Keine Evidenz	Geringe Evidenz	Keine Evidenz

Individuell geplante Toilettengänge	Spezifische Berührung und Massage	Aromatherapie	Basale Stimulation	Validation
Keine Evidenz	Geringe Evidenz	Mittlere Evidenz	Keine Evidenz	Geringe Evidenz
Snoozelen	Realitätsorientierende Therapie/kognitive Stimulation	Biographieorientierte Interventionen	Spezifische helle Beleuchtung	Lichttherapie
Geringe Evidenz	Keine Evidenz	Sehr geringe Evidenz	Mittlere Evidenz	Geringe Evidenz
Schulungsprogramme	Spezifische Betreuung von BewohnerInnen mit Demenz	Personenzentrierte Pflege	Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung	
Geringe Evidenz	Geringe Evidenz	Sehr geringe Evidenz	Geringe Evidenz	

Tabelle 4: Gelindere Maßnahmen und Evidenzen (Eigene Darstellung).

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Evidenzlage zu der Thematik der Gelinderen Maßnahmen, wenn vorhanden, von geringer Qualität ist und noch weiterer Forschung bedarf, um Evidenzen zur Wirksamkeit von Gelinderen Maßnahmen zu schaffen. Das Ziel der evidenzbasierten Praxisleitlinie soll eine Pflegepraxis ohne Freiheitsbeschränkungen und ohne Anstieg negativer Konsequenzen wie zum Beispiel Verletzungen durch Stürze sein (Möhler et al., 2011).

5.3 Gelindere Maßnahmen – Interventionsebenen

Die im vorhergehenden Abschnitt angeführten Gelinderen Maßnahmen können folgenden Interventionsebenen zugeordnet werden:

- Umgebungsebene
- Ebene des Pflegepersonals
- BewohnerInnenebene

5.3.1 Umgebungsebene

Die Umgebungsebene bezieht sich einerseits auf das psychosoziale Milieu des/der BewohnerIn, andererseits auf die bauliche bzw. architektonische Umgebung und Ausstattung.

Interventionen, die für das psychosoziale Milieu des/der BewohnerIn angemessen sind:

- Validation
- Klarer Tagesablauf
- Konstantes Verhalten aller Bezugspersonen
- Akzeptanz der Verhaltensweisen
- Veränderte, angepasste Kommunikation
- Berücksichtigung unterschiedlicher Bedürfnisse
- Zurückgreifen auf vorhandene Fähigkeiten
- Sinnvolle Beschäftigungsangebote
- Rituale

Anpassungsmöglichkeiten der baulich-architektonischen Umgebung und Ausstattung sind:

- Ausreichende Beleuchtung, mobile Pflegeleuchte
- Höhenverstellbare Betten, Sitzhöhenanpassung
- Signalsysteme
- Bodenpflege
- Beschäftigungsbereiche
- Diskrete Sicherheits- und Schutzmaßnahmen
- Beseitigung von Stolperfallen und Hindernissen
- Wohnliches Ambiente
- Orientierungshilfen

- Wohngruppen, Gemeinschaftsräume

5.3.2 Ebene des Pflegepersonals

Zur Ebene der Pflegepersonen zählen Interventionen, die die Haltung der Pflegenden und die Organisation der Einrichtung betreffen.

- Durchführung einer ganzheitlichen, bedürfnis- und personenorientierten Pflege
- Bewusstes Einbringen von Beziehung und Gefühlen in die Interaktion
- Anpassung der Arbeitsorganisation
- Einzelbetreuung und Kleingruppen
- Konstante Bezugspersonen
- Einbeziehung von Angehörigen und freiwilligen Helfern
- Schulungsprogramme
- Durchführung von Fallbesprechungen und Supervision
- Selbsterfahrung, Balintgruppe

5.3.3 BewohnerInnenebene

Interventionen, die direkt an dem/der BewohnerIn ansetzen kennzeichnen die BewohnerInnenebene.

- Mobilitätshilfen
- Elektronische Hilfsmittel
- Geh-, Kraft- und Balancetraining
- Inkontinenzmanagement
- Förderung von Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit
- Validation
- Biografiearbeit
- Integration in Kleingruppenangebote
- Einzelbetreuung und Risikomanagement bei Problemverhalten
- Ausreichende Bewegungsmöglichkeit sicherstellen
- Aktivierung/ Stimulation/ Beschäftigung
- Musiktherapie

- Basale Stimulation
- Betroffene vor sich selbst schützen
- Nicht- medikamentöse vor medikamentösen Maßnahmen

5.4 Studienergebnisse zur Evidenz von Gelinderen Maßnahmen

In folgendem Kapitel werden die Studienergebnisse zur Evidenzlage Gelinderer Maßnahmen dargestellt. Ziel war es, Studien zur Effektivität von alternativen Interventionen zu Freiheitsbeschränkungen zu finden. Es wurden alle Begriffe aus dem vorangegangenen Kapitel zur Recherche verwendet, verknüpft mit „Freiheitsbeschränkung“ bzw. „restraint“. Ausgeschlossen wurden Studien, die als Ergebnisparameter nicht die Häufigkeit von Freiheitsbeschränkungen aufweisen, da der wesentliche Inhalt dieser Arbeit die Vermeidung von Freiheitsbeschränkungen darstellt. Die Systematik nachfolgender Ergebnisse erfolgt anhand der Interventionsebenen Umgebung, Pflegepersonal und BewohnerInnen. Folgende Tabelle soll eine Übersicht über die verwendete Literatur geben (siehe Tabelle 6):

<p>Umgebungsebene: Signalsysteme</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hilbe, Schulc, Linder, & Them, 2009: Entwicklung eines Bettenausstiegsalarm-System zur Sturzreduktion in Institutionen - Capezuti, Brush, Lane, Rabinowitz, & Secic, 2009: Bed-exit alarm effectiveness - Koczy, Beische, Becker, Branitzki, Guerra, Bredthauer, Rißman, & Klie, 2007: Reduktion von körpernaher Fixierung bei demenzerkrankten HeimbewohnerInnen- Einsatz von Hüftprotektoren und Sensormatten
--	---

<p>Personalebene: Schulungsprogramme</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Huizing, Hamers, Gulpers, & Berger, 2009a: Preventing the use of physical restraints on residents newly admitted to psycho-geriatric nursing home wards: A cluster-randomized trial - Huizing, Hamers, Gulpers, & Berger, 2009b: A Cluster-Randomized Trial of an Educational Intervention to Reduce the Use of Physical Restraints with Psychogeriatric Nursing Home Residents - Huizing, Hamers, Gulpers, & Berger, 2006: Short-term effects of an educational intervention on physical restraint use: a cluster randomized trial - Testad, Aasland, & Aarsland, 2005: The effect of staff training on the use of restraints in dementia
<p>BewohnerInnenebene: Hüftprotektor</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Koczy, Beische, Becker, Branitzki, Guerra, Bredthauer, Reißman, & Klie, 2007: Reduktion von körpernaher Fixierung bei demenzerkrankten HeimbewohnerInnen- Einsatz von Hüftprotektoren und Sensormatten

Tabelle 5: Studienergebnisse zur Evidenz Gelinderer Maßnahmen

5.4.1 Signalsysteme

Unter Signalsystemen versteht man technische Systeme bzw. Hilfsmittel zur Alarmierung über ein Signal. Hierzu zählen Systeme zur Standortbestimmung wie GPS Sender am Körper des/der BewohnerIn und Systeme zur Alarmierung bei Änderung eines Ortes oder Lageänderung (Köpke et al., 2009). Diese Systeme sollen den BewohnerInnen einen freien Bewegungsspielraum im Bett ermöglichen (Hilbe et al., 2009).

Arten von Signalsystemen:

Es gibt Liegeflächen-Sensoriken, die auf oder unter der Matratze liegen oder über die gesamte Liegefläche verteilte Druckmesszellen, Infrarotsysteme, welche alarmieren, wenn der/die BewohnerIn das Bett verlässt und Kleiderklipp-Sensoriken, welche an dem/der BewohnerIn angebracht werden und einen Alarm auslösen, sollte der/die BewohnerIn einen definierten Bereich verlassen. Welches Signalsystem angewendet werden kann, ist abhängig von der Mobilität, dem mentalen Status, dem Verhalten sowie von Hygiene Faktoren (Hilbe et al., 2009).

Die Wirksamkeit von Bettenausstiegsalarmsystemen wurde 2009 von Capezuti, Brush, Lane, Rabinowitz, & Secic untersucht. In 14 Pflegeheimen wurden in 256 Nächten direkte Beobachtungen vorgenommen, um die Genauigkeit eines Druck-Sensitiven Alarms und eines Druck-sensitiven Alarms mit Infrarotmelder zu testen. Darüber hinaus wurden auch Fehlalarme ausgewertet, mit dem Ergebnis, dass der Druck-sensitive Alarm mit Infrarotmelder genauer bei der Identifizierung von Bettausstiegen war und zu einer Reduktion der Fehlalarme führte. Allerdings konnten Fehlalarme bei keinem der beiden Systeme beseitigt werden. Die Autoren kommen zu der Conclusio, dass Bettausstiegsalarmsysteme nur als Teil einer umfassenden Sturzprävention funktionieren und nicht als Ersatz für die Anwesenheit von Pflegepersonal dienen können (Capezuti et al., 2009).

Ein weiteres Alarmsystem, der Bucinator“ (siehe Abb.1), wurde von einem Team an der UMIT (Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik) in Hall in Tirol, entwickelt.

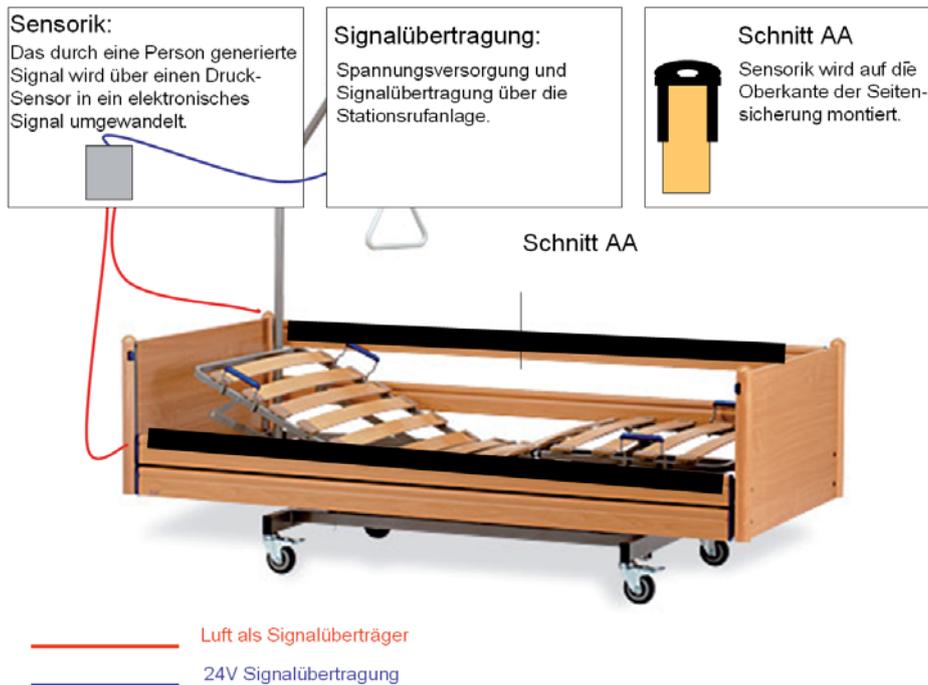


Abbildung 1: Schematische Darstellung des "Bucinator" (Hilbe et al., 2009)

Der „Bucinator“ wird direkt am Bett an einer Seitensicherung angebracht. Der Alarm wird über eine Druckmessung aufgrund der Belastung der Seitensicherung bei Ausstieg des/der BewohnerIn ausgelöst. Außerdem kann der „Bucinator“ auch an anderen Orten angebracht werden, um Stürze zum Beispiel im Patientenzimmer durch Alarmierung zu vermeiden. Mit einer Use-Case- Methode sollen die Funktionsanforderungen an den „Bucinator“ sowie das Alarm/Fehlalarm-Verhältnis, die Sensitivität und die Spezifität erhoben werden. 49 gesunde Probanden zwischen 18 und 60 Jahren simulierten das Verhalten sturzgefährdeter Menschen beim Ausstieg aus dem Bett, wobei der Druck im „Bucinator“ erhoben wurde. Des Weiteren wurde erhoben, welche Werte durch eine Druckausübung, ohne Intention das Bett zu verlassen, generiert werden. Als Ergebnis „[...] zeigt sich bei der als optimal ausgewählten Alarmauslöseschwelle von 35mbar eine Sensitivität von 96 % und eine Spezifität von 95,5 %“ (Hilbe et al., 2009, S. 13). Eine Sensitivität von 96 % bedeutet, dass von 99 Fällen, in denen das Bett verlassen wird, in 95 Fällen der Alarm ausgelöst wird. Die Spezifität von 95,5 %, also ein Berühren der Sensorik, ohne das Bett verlassen zu wollen, bedeutet, dass es zu vier Fehlalarmen kam. Dies weist auf ein gutes Alarm/Fehlalarm-Verhältnis mit frühzeitiger Alarmierung hin. Mit der Verwen-

derung des Bettenausstiegalarmsystems soll die Pflegepraxis vereinfacht und sicherheitstechnisch erweitert werden, gleichzeitig sollen Stürze verhindert bzw. vermindert werden (Hilbe et al., 2009).

Die Projektgruppe ReduFix untersuchte den Einsatz eines Bettenalarmsystems, der „Sensormatte“. Die Zieldefinition ist eine Reduzierung von Freiheitsbeschränkungen und Freiheitsbeschränkungs-Dauer ohne negative Konsequenzen wie sturzbedingte Verletzungen für den/die BewohnerIn (Koczy et al., 2007).

Es wurde eine bewegungsempfindliche, ortsunabhängige Sensormatte eingesetzt, bestehend aus einer Kontrolleinheit und einem Fußbodensensor, bei dessen Berührung es zu einem Signal an das Lichtrufsystem kommt (siehe Abb. 2).



Abbildung 2: Sensorsystem Safefloor™ (BewohnerInnenvertretung, 2012)

Mittels clusterrandomisierter, multizentrischer Interventionsstudie in einem Wartelisten-Kontrollgruppendesign wurde in 45 Altenpflegeheimen bei 364 Personen der Interventionseffekt überprüft (Koczy, Klie, Kron, Bredthauer, Rissmann, Branitzki, Guerra, Klein, Pfundstein, Nikolaus, Sander, & Becker, 2005). In der Interventionsgruppe kam es zu einer Reduzierung der Freiheitsbeschränkungen um 20,8 % und in der Wartegruppe um 11,3% weniger Freiheitsbeschränkungen. Nach dem Ende des Projektes wurde telefonisch erhoben, dass um 21,8 % weniger BewohnerInnen von Freiheitsbeschränkungen betroffen waren, als zu Beginn des Projektes. Aus der nachfolgenden Befragung der Pflegekräfte

ging hervor, dass der Einsatz der Sensormatten risikospezifisch erfolgen sollte und nicht zu einer flächendeckenden Überwachung der BewohnerInnen geeignet sei, zum Beispiel bei sehr mobilen BewohnerInnen, die oft aufstehen wollen wäre ein anderes System geeigneter (Koczy, et al., 2007).

Im Rahmen eines Projektes wurden in elf deutschen Seniorenzentren 84 BewohnerInnen und 109 MitarbeiterInnen mittels strukturierten, standardisierten Kurzinterviews bzw. Fragebögen bezüglich ihrer Einschätzung neuerer Technologien befragt. Konkrete technische Geräte bzw. Systeme sollen bezüglich Sicherheit, Privatheit und Entlastung bewertet werden. Interessant für das Thema der alternativen Maßnahmen zu Freiheitsbeschränkungen ist die Bewertung einer Sensormatte. 76 der 84 BewohnerInnen gaben als wichtigsten Punkt die Sicherheit an, der Beitrag der Sensormatte zum Schutz der Privatheit und Autonomie wurde als eher gering eingeschätzt. Für die MitarbeiterInnen ist das größte Potential der Sensormatte im Bereich der Sicherheit und Entlastung gelegen (Claßen, Oswald, Wahl, Heusel, Antfang, & Becker, 2010).

5.4.2 Schulungsprogramme

Ein Review (Hamers & Huizing, 2005) zum Thema „Warum ältere Menschen fixiert werden“ besagt, dass vor allem ein Paradigmenwechsel in der Pflege erfolgen muss, um freiheitsbeschränkende Maßnahmen zu reduzieren und über Gelindere Mittel nachdenken zu können. Weiters braucht es eine individuelle, auf die älteren BewohnerInnen angepasste Pflege, um in Erfahrung bringen zu können, welche Maßnahmen anzuwenden sind. Hierfür ist es von Vorteil, Weiterbildungen zu den Themen Fixierung und alternative Möglichkeiten für das Pflegepersonal anzubieten.

In einer randomisiert-kontrollierten Studie wurde in vier Pflegeheimen in Norwegen der Effekt von Schulungsprogrammen auf die Häufigkeit der Anwendung von Freiheitsbeschränkungen untersucht. Als Ziele wurden zum einen die Reduktion problematischer Verhaltensweisen gegenüber Freiheitsbeschränkungen und zum anderen die Reduktion von Freiheitsbeschränkungen durch ein Schulungsprogramm für das Pflegepersonal definiert. Das Schulungsprogramm be-

stand aus einem sechs- stündigen Seminar für das gesamte Pflegepersonal der Pflegeheime und einer einstündigen Praxisbegleitung pro Monat über sechs Monate hinweg. In der Interventionsgruppe waren 55 BewohnerInnen und in der Kontrollgruppe 96 BewohnerInnen mit einem Altersdurchschnitt von 84 Jahren. Unmittelbar vor und nach den Interventionen wurde die Anzahl der Freiheitsbeschränkungen pro BewohnerIn pro Woche sowie die Agitation erhoben. Die Anwendung von Freiheitsbeschränkungen reduziert sich in der Interventionsgruppe um 45 % und erhöht sich um 18% in der Kontrollgruppe bei ähnlich bleibender Agitation. Die AutorInnen kommen zu dem Ergebnis, dass Schulungsprogramme die Qualität der Pflege durch einen geringeren Einsatz von Freiheitsbeschränkungen verbessern (Testad, Aasland, & Aarsland, 2005).

Zu einem gegenteiligen Ergebnis kommt 2006 eine Studie, welche kurzfristige Auswirkungen eines Schulungsprogrammes auf den Gebrauch von Freiheitsbeschränkungen untersucht. Auf fünf Stationen mit 167 BewohnerInnen zeigten sich keine signifikanten Veränderungen bezüglich der Häufigkeit, Intensität und Typologie von Freiheitsbeschränkungen (Huizing, Hamers, Gulpers, & Berger, 2006).

2009 untersuchten wieder die Autoren Huizing, Hamers, Gulpers, & Berger (2009a+b) in den Niederlanden die Effekte eines Schulungsprogrammes auf die Anwendung von Freiheitsbeschränkungen, mittels einer Cluster-randomisierten Studie. Die erste Untersuchung erfolgte auf 14 Pflegestationen mit 105 BewohnerInnen. Die Themen der Schulung waren Ineffektivität und Konsequenzen von Freiheitsbeschränkungen, Decision-making sowie Alternativen zu Freiheitsbeschränkungen und dauerte über zwei Monate mit fünf Treffen zu je zwei Stunden. Danach wurde eine 90-minütige Plenarsitzung für alle teilnehmenden Pflegepersonen veranstaltet. Zusätzlich zu der Schulung war acht Monate lang für 28 Stunden pro Woche ein/ eine SpezialistIn anwesend, um das Pflegepersonal im Praxisalltag und im Erreichen einer Freiheitsbeschränkungen-freien Pflege zu unterstützen. Nach einem, vier und nach acht Monaten nach der Intervention wurden der Freiheitsbeschränkungen- Status, die Dauer und Typen von Freiheitsbeschränkungen erhoben, mit dem Ergebnis, dass keine statistisch, signifikanten Unterschiede zwischen der Interventionsgruppe und der

Kontrollgruppe zu erkennen waren. Das bedeutet, dass das Schulungsprogramm die Anwendung von Freiheitsbeschränkungen nicht verhindert bzw. reduziert hat.

Auch eine darauf folgende Studie mit 241 BewohnerInnen, also mehr als doppelt so viele wie in vorangegangener Studie der Autoren, und dem gleichen Schulungsprogramm kam auch zu dem Ergebnis, dass kein Effekt auf die Anwendung von Freiheitsbeschränkungen erkennbar ist (Huizing, Hamers, Gulpers, & Berger, 2009b). Es zeigt sich, dass Schulungsprogramme auch bei unterschiedlichen StudienteilnehmerInnenzahlen keinen Effekt haben.

5.4.3 Hüftprotektor

Hüftprotektoren sollen einen Schutz vor Hüftgelenksnahen Frakturen darstellen. Die Wirkung des Protektors lässt sich dahingehend beschreiben, dass es zu einer Vergrößerung des Aufprallareals kommt und durch die spezielle Form eines Hufeisens der Oberschenkelknochen, im Falle eines Sturzes, geschützt wird (Roelke Pharma, 2013).



Abbildung 3: Hüftprotektor SAFEHIP® SOFT (BewohnerInnenvertretung, 2012)

Zusammenfassung

Der Bucinator kann ein geeignetes Mittel zur Reduktion von Freiheitsbeschränkungen und Stürzen aus dem Bett sein. Aussagen über die Anwendbarkeit und Praktikabilität werden in der Studie keine gemacht.

Die Anwendbarkeit der Sensormatte ist als positiv einzuschätzen, sie wird vor dem Bett auf den Boden gelegt und meldet, wenn der/die BewohnerIn das Bett verlässt. Zur Wirkung lässt sich sagen, dass die Sensormatte zu 20% weniger Freiheitseinschränkungen führte.

Die Wirkung von Schulungsprogrammen ist differenziert zu betrachten. Einerseits gibt es Studien, die eine positive Wirkung auf die Vermeidung von Freiheitsbeschränkungen bestätigen, andererseits sagen weitere aktuellere Studien das Gegenteil aus. Die Autoren Huizing, Hamers, Gulpers und Berger kamen 2005 als Ergebnis eines Reviews zu der Conclusio, dass Schulungsprogramme von Vorteil für die Vermeidung von Freiheitsbeschränkungen sind und testeten dies auch 2006 und 2009 mittels randomisierten Kontrollstudien mit einem gegenteiligen Ergebnis.

Der Hüftprotector ist ein geeignetes Mittel zur Vermeidung von Freiheitsbeschränkungen bei sturzgefährdeten BewohnerInnen. Die Anwendung ist einfach für das Pflegepersonal und die Akzeptanz für die BewohnerInnen ist gegeben.

5.5 Entscheidungshilfe zur Anwendung passender Gelinderer Maßnahmen

Im folgenden Abschnitt soll der Entscheidungsprozess zur Erlangung einer passenden Gelinderen Maßnahme dargestellt werden.

Die Frage, die sich stellt, wie das Pflegepersonal zu einer passenden Maßnahme gelangt, soll im Folgenden beantwortet, bzw. soll eine mögliche Vorgehensweise dargestellt werden. Als Grundlage hierzu dient die Forschung des Modellprojektes ReduFix in Pflegeheimen in Deutschland. Auf Basis dieses Forschungsvorhabens wurde eine Hilfestellung für den Entscheidungsprozess entwickelt.

In Schritt eins werden der Ist- Zustand der Problemsituation beschrieben, die bisherigen Maßnahmen analysiert, das Risiko aller beteiligten Personen eingeschätzt und Ziele formuliert. Hier muss auch die Einschätzung erfolgen, ob eine Fremd- oder Selbstgefährdung vorliegt.

Im zweiten Schritt werden mögliche Alternativen zu Freiheitsbeschränkungen bezüglich ihrer Eignung und der Risiken und Möglichkeiten eingeschätzt. Hier stellen sich folgende Fragen:

- „Welche Alternativen zu Fixierungsmaßnahmen stehen zur Verfügung?
- Wären Alternativen zur Fixierung denkbar und sind diese zu realisieren?
- Welche Ziele lassen sich mit den Alternativen erreichen?
- Welche Risiken haben sie im Vergleich zu bewegungseinschränkenden Maßnahmen?“ (Becker, et al., 2007, S.51)

Die Entwicklung eines Maßnahmenplans unter Einbeziehung der Pflegepersonen, der Betroffenen, des gesetzlichen Vertreters, der Angehörigen und des behandelnden Arztes folgt in Schritt drei. Die möglichen Gelinderen Maßnahmen sollen nach ihrem Risiko bewertet werden, zu erreichende Ziele werden definiert und die Beschaffung und Finanzierung muss geklärt werden.

Darauf folgen das Treffen der Entscheidung und die Umsetzung der Maßnahme mit der Entwicklung eines Zeitplanes.

An letzter Stelle steht die Beobachtung des Verlaufes und Ergebnis der Gelinderen Maßnahme sowie die Evaluation dahingehend, ob festgelegte Ziele erreicht wurden bzw. etwas verändert oder angepasst werden muss (Becker, et al., 2007).

Das Assessment- und Pflegeplanungsinstrument zur Fixierung/Nichtfixierung hat zum Ziel, die Vorgehensweise bei der Betreuung von BewohnerInnen mit dem Risiko einer Freiheitsbeschränkung zu definieren. Es wird eine Anleitung für MitarbeiterInnen dargestellt, welche als Unterstützung bei der Entscheidung, ob eine freiheitsbeschränkende Maßnahme eingesetzt werden soll oder nicht, herangezogen werden kann. Inhaltlich soll das Problem definiert und analysiert

werden und eine Festlegung des Problemmanagements muss stattfinden. Des Weiteren folgt eine Evaluation des Problems sowie der Effektivität. Die folgenden Teile eins bis sieben stellen ein Beispiel für ein Assessment- Instrument dar (Tideiksaar, 2008).

- Teil 1: Basisinformationen über den/die BewohnerIn
- Teil 2: Beschreibung der medizinischen, psychischen und funktionellen Probleme der BewohnerInnen
- Teil 3: Begründung für das Unterlassen einer Fixierung. Beschreibung des Pflegeplans
- Teil 4: Begründung einer Fixierung und Beschreibung des Pflegeplans
- Teil 5: Beschreibung der Fixierungsempfehlungen
- Teil 6: Arztverordnung
- Teil 7: Information des/der BewohnerIn und der Angehörigen über die Empfehlungen zur Fixierung/Nichtfixierung
- Teil 8: Unterschrift der Mitarbeiter

(Tideiksaar, 2008, S. 225ff.).

6 Gelindere Maßnahmen aus der Praxis

Da in der Literatur wenig zu Gelinderen Maßnahmen und ihrer Wirkung, aber vor allem zur Anwendbarkeit und Praktikabilität für BewohnerInnen als auch Pflegepersonen zu finden ist, wurden ExpertInneninterviews durchgeführt. Diese Interviews sollen einen Einblick in die Praxis gewährleisten, um Gelindere Maßnahmen mit ihren Vor- und Nachteilen zu erfassen. Ziel ist es, eine genaue Abbildung der Thematik der Gelindere Maßnahmen in der Praxis zu erhalten.

6.1 ExpertInneninterviews

Mittels ExpertInneninterviews soll ein Einblick in die Pflegepraxis mit Gelindere Maßnahmen gegeben werden. ExpertInnen stellen Personen dar, welche „ein besonderes Wissen über soziale Sachverhalte besitzen, und Experteninter-

views sind eine Methode, dieses Wissen zu erschließen.“ (Gläser & Laudel, 2006, S. 13).

ExpertInneninterviews zählen zur qualitativen Forschungsmethode. Kennzeichnend für diese Methode ist, dass der Mensch ganzheitlich und als komplexes Wesen betrachtet wird. Die Wahrheit stellt etwas Subjektives dar und wird vom Einzelnen wahrgenommen und interpretiert. „Qualitative Forschung will menschliches Erleben aus der Perspektive der Betroffenen wahrnehmen und verstehen (Mayer, 2002, S. 72). Die Datenerhebung in der qualitativen Sozialforschung ist offen, das heißt, der Vorgang der Datenerhebung und -auswertung wird nicht vorgegeben (Mayer, 2002).

Im Gegensatz zu der quantitativen Forschung gibt es im qualitativen Ansatz keine einheitlichen Gütekriterien sondern diese werden je nach AutorInnen unterschiedlich beschrieben. Im angloamerikanischen Raum werden die Begriffe Glaubwürdigkeit, Folgerichtigkeit und Angemessenheit verwendet. Das Gütekriterium Glaubwürdigkeit meint die Korrektheit der Befunde, mit Folgerichtigkeit ist die Nachvollziehbarkeit der Arbeit gemeint und unter Angemessenheit ist die Genauigkeit der Wiedergabe der Wirklichkeit zu verstehen (Mayer, 2007). In vorliegender Arbeit wird den Gütekriterien insofern nachgekommen, dass die Planung, Durchführung und Auswertung genau dokumentiert wird, mittels Zitate nachvollziehbar gemacht wird und genau die Wirklichkeit der TeilnehmerInnen wiedergegeben wird.

Das ExpertInneninterview zählt in der qualitativen Forschung zu den Leitfadeninterviews. Ein Leitfadeninterview findet dann Anwendung, wenn mehrere Themen behandelt werden, welche durch das Ziel der Untersuchung bestimmt sind. Ein weitere Grund für die Auswahl des Leitfadeninterviews ist, wenn genau bestimmbare Informationen erhoben werden müssen. Kennzeichnend für ein Leitfadeninterview ist die Halb- bzw. Nicht- Standardisierung sowie eine Liste offener Fragen, welche den Interviewleitfaden darstellt.

Um komplexe Wissensstände zu erforschen und zu rekonstruieren und um Kontextwissen zu ermitteln, ist das ExpertInneninterview eine geeignete Metho-

de. Es findet dort seine Anwendung, wo Wissen gefragt ist, von Menschen, die in der Praxis in einem bestimmten Umfeld tätig sind (Mayer, 2007).

Die Auswahl der ExpertInnen erfolgte in Zusammenarbeit mit den MitarbeiterInnen der BewohnerInnenvertretung Wien, welche freundlicherweise die Einrichtungen mit den Ansprechpersonen mit Name, E-Mailadresse und Telefonnummer übermittelten. Es finden sich darunter ExpertInnen unterschiedlicher Funktionen, Pflegedienstleitungen, Stationsleitungen und diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal.

Es wurden alle Langzeitpflegeheime in Wien per E-Mail angeschrieben. Die E-Mail beinhaltete eine kurze Vorstellung der Arbeit und die Bitte um Mitarbeit durch die Bekanntgabe eines Termins für ein Interview. Im Anhang der E-Mail befand sich das Exposé zur vorliegenden Arbeit. Es meldeten sich 20 Einrichtungen mit der Zusage zu einem Interview.

Der Ort und die Zeit der Interviewdurchführung wurden mit den ExpertInnen vereinbart. Die Dauer eines Interviews betrug ca. 20 Minuten. Zur Wahrung der Anonymität werden in der Darstellung der Ergebnisse keine Namen und Einrichtungen genannt, die Interviews werden nummeriert und mit den Kürzeln I für Interview und der Nummerierung 1- 20 versehen. Somit können keine Rückschlüsse auf die Personen gemacht und die Anonymität aller TeilnehmerInnen gewahrt werden. Nach der Einverständniserklärung von Seiten der Interviewten wurden alle Interviews mittels Aufnahmegerät aufgezeichnet und danach in Schriftdeutsch zusammengefasst. Die Gespräche wurden nicht Wort für Wort transkribiert, da es um den Inhalt der Interviews geht und Meinungen sowie Formulierungen keine Priorität haben.

Die Darstellung der Ergebnisse der ExpertInneninterviews erfolgt anhand folgender Forschungsfragen:

Welche Gelindere Maßnahmen werden in der Praxis verwendet und welche Aussagen können über die Anwendbarkeit und Praktikabilität der verwendeten Maßnahmen getroffen werden?

Wie wird die Wirkung der Gelinderen Maßnahmen in der Praxis von den befragten Experten eingeschätzt?

Kann das Einsetzen von alternativen Maßnahmen gefördert werden und wenn ja, wie?

Eingeteilt werden die Gelinderen Maßnahmen nach Häufigkeit der Nennung der ExpertInnen. Jede Maßnahme wird beschrieben und es folgt eine Darstellung der Anwendbarkeit, Praktikabilität und Wirkung nach Meinung der InterviewpartnerInnen. Des Weiteren wird darauf eingegangen, ob die Maßnahme in direktem oder indirektem Zusammenhang mit der Vermeidung von Freiheitsbeschränkungen steht. Ein indirekter Zusammenhang bedeutet, dass die gewählte Maßnahme zwar nicht direkt eine Freiheitsbeschränkung ersetzt aber grundsätzlich ein Wohlfühl hervorruft und somit positiv auf unruhige BewohnerInnen wirkt. Dadurch ist keine Freiheitsbeschränkung erforderlich, eine indirekte Vermeidung wurde erreicht.

6.2 Ergebnisse der ExpertInneninterviews

6.2.1 Häufig vorkommende Gelindere Maßnahmen

Höhenverstellbare Betten

Das Niedrigstellbett oder auch Niederflurbett (siehe Abbildung 4) wird von allen ExpertInnen als Gelindere Maßnahme genannt. Das Niedrigstellbett hat eine Einstiegshöhe von ca. 20cm und eine Liegefläche von 22cm (Joh. Stiegelmeyer & Co. GmbH). Dadurch ergibt sich eine niedrige Fallhöhe für den/die BewohnerIn. Die Höhe gewährleistet im Falle eines Sturzes aus dem Bett eine geringe Verletzungswahrscheinlichkeit. In keiner der befragten Einrichtung kam es bis zum Zeitpunkt des Interviews zu Verletzungen aufgrund eines Sturzes aus dem Niedrigstellbett. Die Anwendbarkeit ist laut Aussagen einfach, die Steuerung erfolgt über eine elektrische Handbedienung. Zur Praktikabilität lässt sich aus den Interviews heraus sagen, dass diese durch die einfache Bedienung und positive Wirkung auf die Vermeidung von Freiheitsbeschränkungen gegeben ist.

Das Niedrigstellbett ersetzt eine Freiheitsbeschränkung wie zum Beispiel das Bettgitter zur Gänze.

I 8: Das einzige Problem der Betten sind die hohen Kosten. Wir bekommen nur dann eines, wenn ein altes Bett nicht mehr funktioniert und ausgetauscht werden muss.



Abbildung 4: Niedrigstellbett (BewohnerInnenvertretung, 2012)

Geteilte Seitenteile

Die geteilten Seitenteile finden in jeder Einrichtung ihre Anwendung. Unter geteilten Seitenteilen sind nicht durchgängige Bettseitenteile zu verstehen, die nur kopfseitig hochgestellt werden können (siehe Abbildung 5). Diese werden nur dann als sinnvoll gesehen, wenn der/die BewohnerIn mobil ist, um sich beim Aufstehen daran anhalten zu können bzw. wenn er oder sie ausdrücklich geteilte Bettgitter wünscht, um ein Sicherheitsgefühl zu erlangen. Die Praktikabilität und Anwendung ist gegeben bzw. einfach für das Pflegepersonal. Laut Aussagen wird eine Vermeidung der freiheitsbeschränkenden Maßnahme „Bettgitter“ erreicht.



Abbildung 5: geteilte Bettseitenteile (BewohnerInnenvertretung, 2012)

Biografiearbeit

Die Biografiearbeit wird von allen befragten ExpertInnen als wichtige Maßnahme zur Vermeidung von Freiheitsbeschränkungen genannt. Biografiearbeit bedeutet nach Aussage der Interviewten, den/ die BewohnerIn zu kennen, sich mit der Lebensgeschichte auseinandersetzen und beschäftigen. Als wichtiges Mittel hierbei werden Gespräche erachtet, Gespräche mit dem/ der BewohnerIn und deren Angehörigen, denn auch das Miteinbeziehen der Angehörigen wird als wichtig erachtet.

15: Eine unserer BewohnerInnen, die ihr ganzes Leben in der Nachtschicht arbeitete, hat natürlich einen ganz anderen Schlaf- Wach-Rhythmus. Also ist bei uns auch in der Nacht was los. Die Küche ist offen und sie kann sich jederzeit was zu trinken und essen holen oder sich mit dem Nachtdienst unterhalten.

Eine Expertin nannte als erste Gelindere Maßnahme der Wahl das Gespräch mit den BewohnerInnen sowie mit den Angehörigen als Teil einer Biografiearbeit, um Aspekte wie Tag/Nacht- Rhythmus, Einschlafrituale, Essensvorlieben, Wohnen und Freizeitaktivitäten der BewohnerInnen zu erfahren. Dies ermöglicht ein Eingehen auf die individuellen Bedürfnisse und Ressourcen.

13: Das Gespräch kann Freiheitsbeschränkungen verzögern und verhindern aber nicht zu 100% ausschließen.

Zusammengefasst geht aus den Befragungen hervor, dass Biografiearbeit sehr zeitintensiv aber wirkungsvoll ist.

Beschäftigungsangebote

In allen Einrichtungen werden Beschäftigungsprogramme verschiedener Art angeboten. In erster Linie, um die BewohnerInnen zu beschäftigen aber durchaus auch als Gelindere Maßnahme wie zum Beispiel bei BewohnerInnen mit Weglauftendenzen oder bei sehr unruhigen, dementen BewohnerInnen. Um herauszufinden, was den BewohnerInnen angeboten werden kann, scheint vor allem Kreativität wie auch eine gute Biografiearbeit gefragt zu sein.

I15: Als er bei uns einzog, wirkte er sehr unglücklich und war unruhig. Ständig wollte er weggehen, nach Hause gehen. Eine Schwester fragte mal bei den Angehörigen nach, was er denn gern machte und sie erzählten, dass er gerne als Tischler arbeitete. Somit kam uns die Idee ihm dieses Matador- Spielzeug [...] anzubieten. Er nahm es an und war glücklich und zufrieden.

Des Weiteren wird von Besuchsdiensten berichtet. In einer Einrichtung kommen regelmäßig Schüler zum gemeinsamen Malen, in einer anderen Einrichtung kommen die Kinder des ansässigen Kindergartens zum gemeinsamen Spielen. Auch die MitarbeiterInnen eines Unternehmens machen regelmäßig Besuchsdienste. Viele Einrichtungen bieten auch regelmäßige Feste, Kreativrunden, Singstunden, Spielnachmittage oder ein sonstiges Programm an. Eine Expertin erzählte von einer sehr unruhigen BewohnerIn im Rollstuhl, die trotz ausgeprägter Immobilität oft versuchte aufzustehen. Die MitarbeiterInnen der Einrichtung hatten die Idee, zur Beschäftigung eine sogenannte Nesteldecke herzustellen. Es handelt sich dabei um eine Decke aus unterschiedlichen Materialien und mit unterschiedlichen Dingen versehen, wie z. B. Knöpfe oder kleine Spiegel. Die BewohnerIn war glücklich und zufrieden mit dieser Art von Beschäftigung und versuchte kaum mehr alleine aus dem Rollstuhl aufzustehen.



Abbildung 6: Nesteldecke (BewohnerInnenvertretung, 2012)

Eine andere Möglichkeit zur Beschäftigung unruhiger BewohnerInnen ist, laut Interviewpartnerin, den/ die BewohnerIn zu anfallenden Pflegetätigkeiten mitzunehmen. Dadurch ist der/ die BewohnerIn beschäftigt und gleichzeitig unter Aufsicht. Für die Pflegepersonen stellt dies zwar einen zusätzlichen Aufwand dar, aber die Praktikabilität im Pflegealltag ist gegeben.

Eine andere Art der Beschäftigung findet in einer Einrichtung statt, in welcher aufgrund von Reizüberflutung der Fernseher im Aufenthaltsbereich entfernt wurde, was dazu führte, dass die BewohnerInnen sich mehr miteinander unterhielten und gemeinsame Aktivitäten wie Gesellschaftsspiele spielen, unternahmen. Daraus resultierte, laut Expertin, eine ruhige, angenehme Stimmung im Aufenthaltsbereich.

Beseitigung von Stolperfallen und Hindernissen

In vielen Einrichtungen ist die Beseitigung von Stolperfallen und Hindernissen ein Thema.

117: Zum Beispiel haben wir so einen speziellen Boden auf einer Station. Es handelt sich dabei um eine Anti- Rutsch Beschichtung, die auch nicht reflektiert, also so glänzt wie viele andere Böden. Ich denke, das schützt die BewohnerInnen vor einem Sturz.

Eine andere Expertin sprach von der Entfernung aller Teppiche, da diese eine Stolperfalle darstellen können. Laut Aussage können so genannte Anti- Rutsch Auflagen (siehe Abbildung 11) eine einfache Hilfe sein, die überall, wo Rutschgefahr besteht, einfach anwendbar sind.

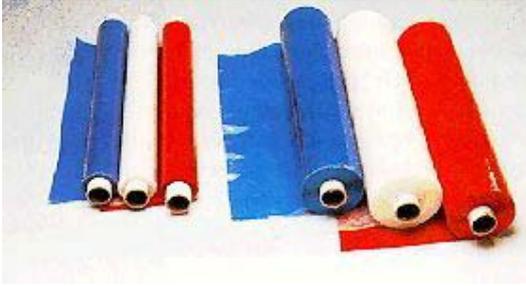


Abbildung 7: Anti- Rutsch Auflagen (BewohnerInnenvertretung, 2012)

Sensormatte

Die Sensormatte ist ebenfalls in den meisten Einrichtungen vorhanden. In einer Einrichtung nicht, da dort keine Kompatibilität mit dem Notruf gegeben ist. Die Sensormatte liegt vor dem Bett am Boden und meldet, wenn ein/ eine BewohnerIn sie berührt. Hier liegt laut Aussagen auch der Nachteil, da sie erst meldet, wenn der/die BewohnerIn schon am Boden ankommt. Das kann, im Falle eines Sturzes aus dem Bett, zu spät sein. In einer Einrichtung wurde daher die Matte zwar getestet, aber nicht angekauft. Als weiterer Nachteil wird genannt, dass es auch zu Fehlalarmen kommen kann, wenn zum Beispiel jemand zu nahe daran vorbeigeht oder mit dem Rollstuhl oder ähnlichem, wie zum Beispiel mit einem Rollator berührt. Gemäß den Aussagen der ExpertInnen stellt die Sensormatte keine wirkungsvolle Alternative zu Freiheitsbeschränkungen dar.

Schulungsprogramme

Eine Einrichtung hat eine eigene Schulung zum Heimaufenthaltsgesetz mit dem Schwerpunkt Gelindere Maßnahmen durchgeführt. Des Weiteren werden in anderen Einrichtungen Gelindere Maßnahmen in Teambesprechungen und bei der Dienstübergabe besprochen. Auch eine Schulung mit der BewohnerInnenvertretung wird als Gelindere Maßnahme genannt. Genannt werden ebenfalls die Durchführung von Fallbesprechungen und Supervisionen. Eine direkte Wirkung auf die Vermeidung von Freiheitsbeschränkungen wird nur in der Aufklärung des Pflegepersonals gesehen, um freiheitsbeschränkungsvermeidend arbeiten zu können.

Therapien

In den Interviews wurde nach verschiedenen Therapien wie Musik- und Tiertherapie sowie Aroma- und Lichttherapie als Möglichkeit zur Vermeidung von Freiheitsbeschränkungen gefragt. Viele Einrichtungen bieten diese für die BewohnerInnen an, allerdings ist nur ein indirekter Zusammenhang zu sehen, da solche Therapien zu einer Zufriedenheit und Ausgeglichenheit der BewohnerInnen führten und nicht zu einer direkten Vermeidung einer Freiheitsbeschränkung.

Orientierungsmaßnahmen

Orientierungsmaßnahmen im Bett können ein Polster oder ein zusammengerolltes Leintuch sein, um den BewohnerInnen einen Rahmen zu geben und um einen Sturz aus dem Bett zu verhindern. Die Praktikabilität für das Personal ist gegeben und es wird oft angewendet. Nach Aussagen ersetzen diese Orientierungsmaßnahmen teilweise Bettgitter, bzw. stellen sie eine Unterstützung dar und für das Pflegepersonal ist es einfach in der Anwendung.

Hüftprotektoren

Hüftprotektorhosen sind in allen Einrichtungen vorhanden und werden meist auch verwendet. In einer Einrichtung werden sie weder vom Pflegepersonal noch von den BewohnerInnen angenommen, da sie durch die harten Protektoren links und rechts an der Seite zu Druckstellen führen und bei BewohnerInnen mit Inkontinenz nicht praktikabel sind. Ein weiterer negativer Punkt bezüglich der Hüftprotektoren sind die Kosten, da diese von den BewohnerInnen bzw. deren Angehörigen selbst zu tragen sind.

Anti- Rutsch- Socken

Eine andere Mobilitätshilfe können Anti-Rutsch- Socken darstellen (siehe Abbildung 8). Durch ihre Anti- Rutsch- Sohle sollen sie ein Ausrutschen des / der BewohnerIn verhindern und somit zu einer besseren Mobilität führen. Sie sind in vielen Einrichtungen vorhanden und werden auch gerne genutzt, da hier die Compliance der BewohnerInnen sehr gut ist.



Abbildung 8: Anti- Rutsch- Socken (BewohnerInnenvertretung, 2012)

I13: Zuhause hat sie ja schließlich auch immer Socken getragen und keine Schuhe, also verlangt sie es hier auch. Das zeigt, dass sie sich bei uns Zuhause fühlt.

Eine Expertin sieht eine negative Wirkung der Anti- Rutsch- Socken, da BewohnerInnen, welche beim Gehen die Beine nicht heben können, durch die Anti- Rutsch- Sohle gebremst werden und dadurch die Sturzgefahr steigt.

Validation

Unter Validation wird eine wertschätzende Haltung gegenüber Menschen mit Demenz verstanden.

I15: Also bei uns ist jeder Mitarbeiter in der Methode der Validation ausgebildet. Es findet auch eine regelmäßige Weiterbildung statt, was ich wirklich für sehr wichtig erachte.

Ein direkter Zusammenhang mit einer Reduktion von Freiheitsbeschränkungen lässt sich laut Aussage nicht erkennen aber nach Meinung des Experten führt Validation zu einem guten Klima auf den Stationen und zu zufriedenen BewohnerInnen.

6.2.2 Weniger häufig vorkommende Gelindere Maßnahmen

Sturzmatratze/ Sturzmatte

Die Sturzmatratze wird in zwei Einrichtungen verwendet. Sie stellt eine am Boden vor dem Bett liegende Matratze dar, welche als Sturzprävention verwendet wird. Sie gibt den BewohnerInnen Sicherheit vor Verletzungen, im Falle eines Sturzes aus dem Bett.

I9: Naja die Matratze ist eher eine Stolperfalle und wirklich praktisch ist sie auch nicht, weil wenn man zu den BewohnerInnen geht, muss man sie immer irgendwohin verschieben.

Laut Aussagen der InterviewpartnerInnen ist die Anwendbarkeit der Matratze einfach, aber die Praktikabilität ist eher nicht gegeben. Aus den Erzählungen geht hervor, dass die Wirkung effektiv sei und eine direkte Alternative zu Bettgitter darstellt.

Unter einer Sturzmatte (siehe Abbildung 6) ist eine sehr dünne und somit begehbare Matte zu verstehen. Hier fällt der negative Aspekt der Stolperfalle weg, da sie an den Enden abgechrägt ist und die Unterseite eine rutschhemmende Schicht besitzt, um ein Ausrutschen zu verhindern.

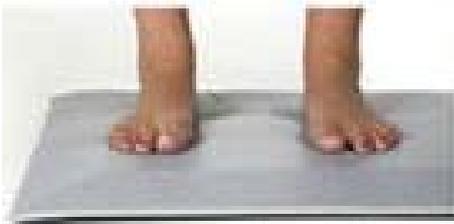


Abbildung 9: Sturzmatte (BewohnerInnenvertretung, 2012)

Bettbalken

Der Bettbalken (siehe Abbildung 7) ist an der Seite unter der Bettmatratze angebracht, mit einem Alarm gekoppelt und meldet auf Körperdruck bevor der/die BewohnerIn die Füße auf dem Boden hat. Somit verhindert, laut Aussagen, der Bettbalken Seitengitter oder Fixierungen im Bett. Die Erfahrungen sind aus Sicht der Interviewten sehr gut, er wird von den BewohnerInnen gut angenommen, führt zu keinen Fehlalarmen und meldet im Gegensatz zur Sensormatte bevor die BewohnerInnen aufgestanden sind.



Abbildung 10: Bettbalken (BewohnerInnenvertretung, 2012)

Bodenpflege

Bodenpflege bedeutet Pflege auf einer Matratze auf dem Boden. Aus Sturzrisikogründen findet die Anwendung bei sehr gefährdeten BewohnerInnen statt und ersetzt somit das Bettgitter. Allerdings ist es für das Pflegepersonal mit negativen Konsequenzen wie Rücken- und Kreuzschmerzen verbunden und so wird die Praktikabilität eher negativ bewertet.

I14: Ja das war wirklich interessant, wir versuchten Bodenpflege bei einer stark sturzgefährdeten Bewohnerin aber sie wollte das partout nicht. Sie meinte, dass sie sich unwohl fühle, so am Boden liegend.

6.2.3 Einmalig vorkommende Gelindere Maßnahmen

Safeseat

Der Safeseat wird unter dem Sitzkissen im Rollstuhl oder auf einem Sessel positioniert. Seine Funktion liegt darin, dass er jede Bewegung registriert und sobald keine Bewegung mehr stattfindet, kommt es zur Alarmierung. Mittels Verzögerungsfunktion wird eine kurze Abwesenheit ermöglicht (Serobac Labor-diagnostika). Laut Aussagen ist die Anwendbarkeit einfach und für das Pflegepersonal praktikabel, da der/ die BewohnerIn nicht ständig überwacht werden muss. In einer Einrichtung wird der Safeseat sehr erfolgreich verwendet.

I19: Wir haben so einen Safeseat bei einem Bewohner und seither braucht er keine Sitzhose mehr.

Nach Aussage der Expertin besteht die Sitzhose aus Gurten, welche das Becken zum Beispiel im Rollstuhl fixieren. Es lässt sich sagen, dass ein direkter Zusammenhang mit der Vermeidung einer Freiheitsbeschränkung vorliegt und somit ist die positive Wirkung des Safeseat gegeben.

Elektronische Hilfsmittel

In einer Einrichtung wird das Vivago- System verwendet. Hierbei handelt es sich um eine Uhr für die BewohnerInnen, die anhand der Vitalwerte erkennt, ob der/die BewohnerIn gestürzt ist. Das System führt zu einer Ersetzung von Freiheitsbeschränkungen dahingehen, dass eine freie Mobilität für die BewohnerInnen gegeben ist. Für das Pflegepersonal bedeutet dieses System, im Falle eines Sturzes schnell reagieren und helfen zu können. Laut dem Interviewpartner wird die Uhr von den BewohnerInnen gut angenommen und nicht als Fremdkörper gesehen, da eine Uhr meist selbst getragen wird bzw. wurde. Verschiedene Alarmsysteme, die an Kleidungsstücken oder am Rollstuhl zu befestigen sind, wurden laut Aussage nicht angenommen und immer wieder abge-

nommen. Des Weiteren berichtete der Experte über die hohen Anschaffungskosten für die Einrichtung, was als Nachteil zu sehen ist.

Das Babyphon, ein weiteres elektronisches Hilfsmittel, ist in einer Einrichtung das ausgewählte Hilfsmittel, um schnell reagieren und Hilfestellung leisten zu können.

I10: Eine Dame, die bei uns wohnt, sie ist sehr mobil und sie geht gerne spazieren, auch in der Nacht. Das ist natürlich nicht ungefährlich, da sie recht schnell aufsteht aber nicht mehr ganz sicher ist, also bräuchte sie Seitenteile. Eine Kollegin hatte dann die gute Idee, ein Babyfon in ihr Zimmer zu stellen, also nur während der Nacht.

Aus der Erzählung der Expertin geht hervor, dass die Anwendbarkeit sehr einfach ist und die Wirkung als positiv einzuschätzen ist.

Relaxkissen

Das Relaxkissen stellt ein großes am Boden liegendes Kissen dar, in welches sich BewohnerInnen setzen können (siehe Abbildung 9). Eine Einrichtung testete es mit einer Bewohnerin, welche es aber nicht akzeptierte, da sie nicht am Boden sitzen wolle. Laut Expertin kann daher zur Wirkung nichts gesagt werden.



Abbildung 11: Relaxkissen (BewohnerInnenvertretung)

Klarer Tagesablauf/ Konstantes Verhalten aller Bezugspersonen

In einer Einrichtung werden ein klarer, vorgegebener Tagesablauf sowie ein konstantes Verhalten aller Beteiligten im Rahmen der Sturzprävention geplant und durchgeführt.

I2: Also ich würde sagen, dass es hilft, auf der Station eine angenehme Atmosphäre zu schaffen. Dadurch fühlen sich die BewohnerInnen sicher.

Laut Aussagen der Expertin ist die Anwendbarkeit nicht immer so einfach, da sich jederzeit etwas ändern kann, zum Beispiel durch Krankheit einer Pflegeperson. Zur Wirkung meinte sie, dass ein indirekter Zusammenhang mit der Vermeidung einer Freiheitsbeschränkung zu sehen ist.

Helm

Der Helm kann bei sehr stark sturzgefährdeten BewohnerInnen eingesetzt werden, um den Kopf zu schützen. Er stellt eine Alternative zu einem Rollstuhl mit Therapietisch dar, wenn der/ die BewohnerIn stark sturzgefährdet ist. Eine Einrichtung testete bei einer Bewohnerin den Helm, jedoch war die Akzeptanz nicht gegeben. Als weiterer Aspekt wurde von der Expertin angemerkt, wie würdevoll ein Helm für BewohnerInnen ist.

Beleuchtung

Ein Experte berichtete über ein spezielles Lichtsystem mit Tageslichtlampen auf einer ganzen Station, welche den natürlichen Lichtverlauf mit Sonnenaufgang und –untergang vorgeben. Dadurch ergibt sich für die BewohnerInnen ein natürliches Zeitgefühl, und es konnte beobachtet werden, dass dadurch die Stimmung auf dieser Station entspannt und ruhiger ist als auf anderen Stationen, die dieses spezielle Lichtsystem nicht haben. Als Nachteil wurden die hohen Anschaffungskosten erwähnt.

Gleitmatte

Eine Expertin erwähnte die Gleitmatte als Gelindere Maßnahme. Darunter sind Anti- Rutsch- Matten zu verstehen, die eine Positionshilfe im Rollstuhl darstellen. Die Matte kann nur nach hinten gleiten und verhindert somit ein nach vorne stürzen und unterstützt ein problemloses Aufstehen des/ der BewohnerIn.

I20: Für eine Bewohnerin, die alleine im Rollstuhl nicht mehr so gut sitzen kann, haben wir eine Anti- Rutsch- Matte. Durch die Matte kann sie nicht nach vorne rutschen und somit nicht rausfallen.

Laut Aussage wird die Matte von der Bewohnerin sehr gut angenommen und verhindert sehr wirksam eine Gurtfixierung im Rollstuhl.

Multifunktionsrollstuhl

In einer Einrichtung wurde von dem Multifunktionsrollstuhl berichtet. Diese Rollstühle ermöglichen eine Sitzneigung bis etwa 40 Grad, je nach Modell. Laut Aussagen ermöglicht dies den BewohnerInnen, die nicht aufrecht alleine sitzen können, ohne Fixierung am täglichen Leben außerhalb des Zimmers teilzunehmen. Durch die Sitzneigung liegt der/ die BewohnerIn in dem Rollstuhl und kann nicht herausstürzen. Für das Pflegepersonal ergibt sich kein Nachteil, allerdings stellen die hohen Anschaffungskosten einen Nachteil dar.



Abbildung 12: Multifunktionsrollstuhl (BewohnerInnenvertretung, 2012)

Zusammenfassung

Nach der Erarbeitung der Gelinderen Maßnahmen nach Aussagen der ExpertInnen aus der Praxis wird nun der Frage nachgegangen, ob die verwendeten Gelinderen Maßnahmen die Freiheitsbeschränkung komplett oder nur auf Dauer ersetzen. Dazu geht aus den Interviews hervor, dass eine Anwendung einer Gelinderen Maßnahme regelmäßig evaluiert werden muss, um sicherzugehen, dass diese für den/die BewohnerIn noch passend ist. Individualität hat eine sehr hohe Priorität, denn jeder/jede BewohnerIn ist einzigartig, ebenso kann sich der psychische und physische Zustand ändern. Daher muss regelmäßig überprüft werden, ob die jeweilige Maßnahme geändert werden muss bzw. nicht mehr benötigt wird oder ob eine besser passende Alternative gefunden werden muss. Die ExpertInnen formulierten dies als regelmäßige Beobachtung, Evaluation und Kreativität in Zusammenarbeit mit den BewohnerInnen, um eine positive Lösung für alle zu erarbeiten. Daraus lässt sich ableiten, dass eine Gelindere Maßnahme eine Freiheitsbeschränkung komplett und auch nur auf Dauer ersetzen kann.

Als weiterer Punkt ist hier anzuführen, dass in den Interviews herauskam, dass die Auseinandersetzung und Anwendung von Gelinderen Maßnahmen beim Pflegepersonal, bei den BewohnerInnen und ihren Angehörigen thematisiert und gefördert werden soll, um positive Erfolge zu erzielen. Hierzu können Seminare mit der BewohnerInnenvertretung, interne Fallbesprechungen und Teamsitzungen sowie Gespräche und Biografiearbeit mit den BewohnerInnen und Angehörigen zählen. Als essenziell erachten die ExpertInnen eine Auseinandersetzung mit der Thematik der Gelinderen Maßnahmen und Freiheitsbeschränkungen sowie mit den betroffenen BewohnerInnen.

Zum Abschluss lässt sich sagen, dass es eine große Anzahl an wirksamen alternativen Maßnahmen gibt, Kreativität und Fachwissen gefragt sind und aufgrund der Individualität eines jeden und jeder BewohnerIn die Beobachtung und regelmäßige Evaluation von Nöten ist.

7 Diskussion

Auf den folgenden Seiten findet sich die Diskussion zu der Thematik „Alternative Maßnahmen zu Freiheitsbeschränkungen“. Als Ziel der Arbeit wurde die Erstellung eines „Kataloges“ Gelinderer Maßnahmen definiert. Der Inhalt dieses „Kataloges“ setzt sich zusammen aus den ermittelten Maßnahmen selbst und einer Einschätzung der Anwendbarkeit, Praktikabilität und Wirkung derer. Die Einschätzung erfolgt anhand den Aussagen der ExpertInnen. Anhand der Ergebnisse der Literaturrecherche und ExpertInneninterviews folgt eine Einschätzung der drei Parameter nach dem Notensystem „sehr gut“, „befriedigend“ und „ungenügend“ sowie einer kurzen Anmerkung zu der Maßnahme. Die Reihung der Gelinderen Maßnahmen erfolgt nach dem Alphabet.

GELINDERE MAßNAHMEN	ERFAHRUNGEN AUS DER PRAXIS	LITERATUR
Anti- Rutsch- Socken	Anwendbarkeit: sehr gut Praktikabilität: sehr gut Wirkung: befriedigend Anmerkung: Kann bei BewohnerInnen, die beim Gehen die Beine nicht heben, aufgrund der Stopper-Funktion zu einem Sturz führen.	Keine Angabe
Beleuchtung	Anwendbarkeit: sehr gut Praktikabilität: sehr gut Wirkung: sehr gut Anmerkung: Hohe Anschaffungskosten.	Keine Angabe

GELINDERE MAßNAHMEN	ERFAHRUNGEN AUS DER PRAXIS	LITERATUR
Beseitigung von Stolperfallen und Hindernissen	Anwendbarkeit: sehr gut Praktikabilität: sehr gut Wirkung: sehr gut Anmerkung: Individuelle Anwendung notwendig	Keine Angabe
Beschäftigungsangebote	Anwendbarkeit: sehr gut Praktikabilität: sehr gut Wirkung: sehr gut Anmerkung: Dies fordert eine sehr individuelle Auseinandersetzung mit den Bewohnern	Keine Angabe
Bettbalken	Anwendbarkeit: sehr gut Praktikabilität: sehr gut Wirkung: sehr gut Anmerkung: Keine Fehlalarme und rechtzeitige Alarmierung	Keine Angabe
Bettenausstiegsalarm-System		Anwendbarkeit: keine Aussage Praktikabilität: keine Aussage Wirkung: befriedigend Anmerkung: Fehlalarme, daher keine Empfehlung als alleinige Maßnahme

GELINDERE MAß- NAHMEN	ERFAHRUNGEN AUS DER PRAXIS	LITERATUR
Biografiearbeit	Anwendbarkeit: sehr gut Praktikabilität: sehr gut Wirkung: sehr gut Anmerkung: Hat den Vorteil der geringen Kostenintensivität, jedoch hohe Zeitintensivität.	Keine Angabe
Elektronische Hilfsmittel	Anwendbarkeit: sehr gut Praktikabilität: sehr gut Wirkung: sehr gut Anmerkung: Individuelle Lösungen, unter Umständen hohe Anschaffungskosten.	Keine Angabe
Geteilte Bettseitenteile	Anwendbarkeit: sehr gut Praktikabilität: sehr gut Wirkung: befriedigend Anmerkung: Nur für mobile BewohnerInnen geeignet.	Keine Angabe
Gleitmatte	Anwendbarkeit: sehr gut Praktikabilität: sehr gut Wirkung: sehr gut Anmerkung: keine Anmerkungen	Keine Angabe

GELINDERE MAßNAHMEN	ERFAHRUNGEN AUS DER PRAXIS	LITERATUR
Helm	Anwendbarkeit: befriedigend Praktikabilität: befriedigend Wirkung: ungenügend Anmerkung: Keine Akzeptanz des Bewohners.	Keine Angabe
Höhenverstellbare Betten	Anwendbarkeit: sehr gut Praktikabilität: sehr gut Wirkung: sehr gut Anmerkung: Geeignete Maßnahme um Freiheitsbeschränkungen zu vermeiden, jedoch hohe Kosten bei der Anschaffung.	Keine Angabe
Hüftprotektoren	Anwendbarkeit: befriedigend Praktikabilität: sehr gut Wirkung: sehr gut Anmerkung: Die Ergebnisse der Interviews zeigten, dass diese Maßnahme eine geringe Akzeptanz bei dem Pflegepersonal und den BewohnerInnen hervorruft.	Anwendbarkeit: sehr gut Praktikabilität: sehr gut Wirkung: sehr gut Anmerkung: Laut Forschungsergebnisse ist die Akzeptanz des Personals und der BewohnerInnen gegeben.

GELINDERE MAßNAHMEN	ERFAHRUNGEN AUS DER PRAXIS	LITERATUR
Klarer Tagesablauf/ konstantes Verhalten	Anwendbarkeit: sehr gut Praktikabilität: sehr gut Wirkung: sehr gut Anmerkung: Kein direkter Zusammenhang mit der Vermeidung von Freiheitsbeschränkungen, jedoch indirekte positive Wirkung auf Grund eines höheren Wohlfühls der BewohnerInnen.	Keine Angabe
Multifunktionsrollstuhl	Anwendbarkeit: sehr gut Praktikabilität: sehr gut Wirkung: sehr gut Anmerkung: Hohe Anschaffungskosten	Keine Angabe
Orientierungsmaßnahmen	Anwendbarkeit: sehr gut Praktikabilität: sehr gut Wirkung: sehr gut Anmerkung: Keine Anmerkungen	Keine Angabe
Relaxkissen	Anwendbarkeit: sehr gut Praktikabilität: befriedigend Wirkung: ungenügend Anmerkung: Ungenügend, da Bewohnerin nicht akzeptiert am Boden auf einem Kissen zu sitzen.	Keine Angabe

GELINDERE MAßNAHMEN	ERFAHRUNGEN AUS DER PRAXIS	LITERATUR
Safeseat	Anwendbarkeit: sehr gut Praktikabilität: befriedigend Wirkung: befriedigend Anmerkung: Für mobile BewohnerInnen nicht geeignet aufgrund häufiger Alarmierung.	Keine Angabe
Schulungsprogramme	Anwendbarkeit: sehr gut Praktikabilität: sehr gut Wirkung: befriedigend Anmerkung: Als Aufklärung für das Pflegepersonal, um freiheitsbeschränkungsvermeidend arbeiten zu können.	Anwendbarkeit: keine Angabe Praktikabilität: keine Angabe Wirkung: ungenügend Anmerkung: Schulungsprogramme haben keinen oder nur geringen Effekt auf die Anwendung oder Vermeidung von Freiheitsbeschränkungen.
Sensormatte	Anwendbarkeit: sehr gut Praktikabilität: befriedigend Wirkung: befriedigend Anmerkung: Es kann zu Fehlalarmen bzw. zu einer zu späten Alarmierung kommen.	Anwendbarkeit: sehr gut Praktikabilität: sehr gut Wirkung: befriedigend Anmerkung: Zu späte Alarmierung um sturzvermeidend zu wirken, daher nicht als alleinige Maßnahme anwendbar.

GELINDERE MAßNAHMEN	ERFAHRUNGEN AUS DER PRAXIS	LITERATUR
Sturzmatratze/ Sturzmatte	Anwendbarkeit: befriedigend Praktikabilität: befriedigend Wirkung: befriedigend Anmerkung: Die Matratze stellt eine Stolperfalle für das Personal dar.	Keine Angabe
Therapien	Anwendbarkeit: sehr gut Praktikabilität: sehr gut Wirkung: befriedigend Anmerkung: Kein direkter Zusammenhang mit der Vermeidung von Freiheitsbeschränkungen, jedoch indirekte positive Wirkung auf Grund eines höheren Wohlfühls der BewohnerInnen.	Keine Angabe
Validation	Anwendbarkeit: sehr gut Praktikabilität: sehr gut Wirkung: sehr gut Anmerkung: Keine direkte Vermeidung von Freiheitsbeschränkungen, jedoch indirekte positive Wirkung auf Grund eines höheren Wohlfühls der BewohnerInnen.	Keine Angabe

Tabelle 6: "Katalog" Gelindere Maßnahmen

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war, Gelindere Maßnahmen zu Freiheitsbeschränkungen zu identifizieren sowie eine Darstellung der Evidenz im Hinblick auf die Effektivität zu bieten. Des Weiteren wurde mittels ExpertInneninterviews

die Anwendbarkeit, Praktikabilität und Wirkung von Gelinderen Maßnahmen erarbeitet. Im Weiteren wurde nach der Möglichkeit einer Förderung von alternativen Maßnahmen in diesen Interviews gefragt.

Aus der durchgeführten Literaturrecherche und -analyse geht hervor, dass bisher wenig Forschung zu dieser Thematik durchgeführt wurde und unzureichend Evidenz vorhanden ist. Für die Pflegepraxis bedeutet dies, dass vor der Anwendung der Gelinderen Maßnahme kaum Aussagen über die Effektivität getätigt werden können. Für die Pflegepraxis bedeutet dies, dass Fragen zur Anwendbarkeit, Praktikabilität und Wirkung teilweise ungenügend beantwortet werden.

Die Auswertung der ExpertInneninterviews hat gezeigt, dass Kreativität und individuelle Lösungsansätze zur Vermeidung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen Anwendung finden. Technische Maßnahmen sind überwiegend mit hohen Anschaffungskosten verbunden, die eine lang andauernde Bewilligungsphase zur Folge haben. Nicht-technische Maßnahmen bzw. kreative Lösungen sind meist leichter einzuführen und werden deshalb vom Personal schneller in die Praxis umgesetzt.

Auffallend ist, dass das Ergebnis der Literaturrecherche und die der Befragung der ExpertInnen unterschiedliche Prioritäten der Gelinderen Maßnahmen zeigen. Die Literatur und zwei Praxisprojekte zeigen Signalsysteme sowie Hüftprojektoren als mögliche alternative Maßnahmen auf. Aus den Interviews geht hervor, dass vor allem höhenverstellbare Betten, geteilte Seitenteile und Sturzmatte sowie Biografiearbeit und Beschäftigungsprogramme zum Einsatz kommen. Die ExpertInnen sehen kreative Lösungsansätze, welche vor allem auf Biografiearbeit beruhen, als wichtigen Beitrag zur Vermeidung von Freiheitsbeschränkungen. Aus der Praxis geht hervor, dass Individualität der BewohnerInnen ein weiterer zu beachtender Punkt in der Thematik Gelinderer Maßnahmen ist. Jeder/e BewohnerIn hat individuelle Bedürfnisse und dahinter steht eine individuelle Herausforderung für die Pflegepraxis, um eine effektive und akzeptierte Maßnahmen zu finden. Alle Interviews zeigten den hohen Stellenwert kreativen Arbeitens und individueller Lösungsfindung. Dies könnte eine der Ursachen

sein, warum sich die Ergebnisse der Forschung und die Ergebnisse der Praxis unterscheiden, da dieser individuell auf den/ die BewohnerIn abgestimmte Ansatz in der quantitativen Forschung nur in geringem Maße berücksichtigt werden kann. Somit kann die Empfehlung an Forschungsprojekte gegeben werden, weitere qualitative Studien (teilnehmende Beobachtung, Interviews, Praktikabilitätsstudien) durchzuführen.

Insgesamt kann gesagt werden, dass die Vermeidung von Freiheitsbeschränkungen und die Thematik alternativer Maßnahmen immer mehr an Bedeutung gewinnen wird, in Österreich vor allem durch das Heimaufenthaltsgesetz und die Überprüfung der BewohnerInnenvertretung. Dafür bedarf es weiterer Forschung hinsichtlich der Effektivität, Anwendung und Praktikabilität alternativer Maßnahmen.

7.1 Grenzen der Arbeit

Kritisch anmerken lässt sich, dass keine Vollerhebung, das heißt, eine Befragung aller Einrichtungen in Wien durchgeführt werden konnte, da sich nicht alle Verantwortlichen der Einrichtungen zu einem Interview bereit erklärten. Dazu ist auch zu sagen, dass davon ausgegangen werden kann, dass sich nur InterviewpartnerInnen gemeldet haben, welche sich auch mit der Thematik der alternativen Maßnahmen auseinandersetzen. Auffallend war, dass sich nach den ersten drei von 20 Interviews die Auflistung der alternativen Maßnahmen nicht mehr gravierend änderte, das heißt, es kam zu wenig neuen zusätzlichen Maßnahmen im Laufe der Interviews. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass in den befragten Einrichtungen zumeist die gleichen Gelinderen Maßnahmen angewendet werden und nur einzelne kreative Lösungen neu dazu kommen.

Des Weiteren war es schwierig, die unterschiedlichen Auffassungen von alternativen Maßnahmen zu definieren und in einen gemeinsamen Kontext zu bringen. Viele der genannten Maßnahmen stehen nicht in direktem Zusammenhang mit der Verhinderung einer Freiheitsbeschränkung. Es ist eher als Versuch zu sehen, eine angenehme und beruhigende Atmosphäre für die BewohnerInnen zu schaffen, was durchaus auch dazu beitragen kann, ohne freiheitsbeschrän-

kenden Maßnahmen zu arbeiten, da die BewohnerInnen in einer angenehmen Umgebung zum Beispiel weniger Weglauftendenzen zeigen. Ein Ergebnis einer wissenschaftlichen Analyse konnte zu dem Thema jedoch nicht gefunden werden.

8 Literaturverzeichnis

- Becker, C., Branitzki, S., Bredthauer, D., Guerra, V., Klein, A., Klie, T., Koczy, P., Reißmann, U. (2007). ReduFix. Alternativen zu Fixierungsmaßnahmen oder: Mit Recht fixiert? Hannover: VINCENTZ NETWORK.
- Berlach-Pobitzer, I., Kreissl, R., Pelikan, C., & Pilgram, A. (2005). Grundlagen für die Implementation des Heimaufenthaltsgesetzes. Wien: Institut für Rechts- und Kriminalsoziologie.
- Berzlanovich, A., Schöpfer, J., & Keil, W. (2007). Strangulation im Sitzgurt. Tödlicher Unfall trotz sach- und fachgemäßer Fixierung. Rechtsmedizin 17(6), S. 363-366.
- BewohnerInnenvertretung Wien. (2009). Heimaufenthaltsgesetz. Wien: VertretungsNetz BewohnerInnenvertretung.
- BewohnerInnenvertretung Wien. (2012). Das Heimaufenthaltsgesetz. Wien: VertretungsNetz BewohnerInnenvertretung.
- Bogner A., Littig B., Menz W. (2005). Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. 2. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Bredthauer, D. (2008). Freiheitsentziehende Maßnahmen aus fachlicher Sicht: Moderne Therapie oder mittelalterliche „Barberei“. ReduFix. www.redufix.com. (Zugriff am 15.01.2012).
- Bredthauer, D. & Klie, T. (2004). ReduFix. www.redufix.com. (Zugriff am 15. 01. 2012).
- Bredthauer, D., Becker, C., Eichner, B., Koczy, P., & Nikolaus, T. (2005). Factors relating to the use of physical restraints in psychogeriatric care:

A paradigm for elder abuse. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 38(1), S. 10-18.

Heimaufenthaltsgesetz (2010). Gesamte Rechtsvorschrift für Heimaufenthaltsgesetz, Fassung vom 01.07.2010. Von BGBl. I Nr. 18/2010. 01.07. 2010. www.ris.bka.gv.at. (Zugriff am 14.01.2012)

Capezuti, E., Brush, B., Lane, S., Rabinowitz, H., & Secic, M. (2009). Bed-exit alarm effectiveness. Archives of Gerontology and Geriatrics 49(1), S. 27-31.

Claßen, K., Oswald, F., Wahl, H.-W., Heusel, C., Anfang, P., & Becker, C. (2010). Bewertung neuerer Technologien durch Bewohner und Pflegemitarbeiter im institutionellen Kontext. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 43(4), S. 210-218.

Evans, D., & FitzGerald, M. (2002). Reasons for physically restraining patients and residents: a systematic review and content analysis. International Journal of Nursing Studies 39(7), S. 735-743.

Evans, D., Wood, J., & Lampert, L. (2003). Patient injury and physical restraint devices: a systematic review. Journal of Advanced Nursing 41(3), S. 274-282.

Evans, L., & Cotter, V. (2008). Avoiding restraints in patients with dementia. American Journal of Nursing 108(3), S. 40-49.

Gläser, J., & Laudel, G. (2006). Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. 2 Auflage, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S.19.

Hamers, J., & Huizing, A. (2005). Why do we use physical restraints in the elderly? Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 38(1), S.19-25.

- Hamers, J., Gulpers, M., & Strik, W. (2004). Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents. *Journal of Advanced Nursing* 45(3), S. 246-251.
- Hamers, J., Meyer, G., Köpke, S., Lindenmann, R., Groven, R., & Huizing, A. (2009). Attitudes of Dutch, German and Swiss nursing staff towards physical restraint use in nursing home residents, a cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies* 46(2), S. 248-255.
- Hilbe, J., Schulc, E., Linder, B., & Them, C. (2009). Entwicklung eines Bettenausstiegsalarm-System zur Sturzreduktion in Institutionen. *procare* 11(3), S. 3-8.
- Hofinger, V., Kreissl, R., Pelikan, C., & Pilgram, A. (2007). Zur Implementation des Heimaufenthaltsgesetzes- Effekte von Rechtsschutz auf die Kultur der Pflege. Wien: Institut für Rechts- und Kriminalsoziologie.
- Huizing, A., Hamers, J., Gulpers, M., & Berger, M. (2006). Short-term effects of an educational intervention on physical restraint use: a cluster randomized trial. *BMC Geriatrics* 6(17), O.S.
- Huizing, A., Hamers, J., Gulpers, M., & Berger, M. (2009a). Preventing the use of physical restraints on residents newly admitted to psycho-geriatric nursing home wards: A cluster-randomized trial. *International Journal of Nursing Studies* 46(4), S. 459-469.
- Huizing, A., Hamers, J., Gulpers, M., & Berger, M. (2009b). A Cluster-Randomized Trial of an Educational Intervention to Reduce the Use of Physical Restraints with Psychogeriatric Nursing Home Residents. *Journal of the American Geriatrics Society* 57(7), S. 1139-1148.
- JBI. (2002a). Physical Restraint- Pt 1: Use in Acute and Residential Care Facilities. *Best Practice* 6(3), Blackwell Publishing Asia, Australia.
- JBI. (2002b). Physical Restraint-Pt 2: Minimisation in Acute and Residential Care Facilities. *Best Practice* 6(4), Blackwell Publishing Asia, Australia.

Joh. Stieglmeyer & Co. GmbH (o.D.): Klinikmöbel und Pflegemöbel, die das Wohlbefinden der Menschen steigern. www.stieglmeyer-gruppe.de. (Zugriff am 15.01.2013).

Klie, T. (2009). Zwischen Freiheit und Sicherheit. Freiheitsentziehende Maßnahmen in Heimen, fachliche und rechtliche Antworten. Deutschland: Projekt Redufix. upload.sitesystem.ch/131D5358A8/4BFEA0B204/45BF3AF80B.pdf. (Zugriff am 15.01.2013).

Klie, T., Pfundstein, T., & Stoffer, F. J. (2005). Pflege ohne Gewalt? Freiheitsentziehende Maßnahmen in Pflegeheimen- Entwicklung von Präventions- und Handlungsmaßnahmen. Köln: Kuratorium Deutsche Altenhilfe.

Koczy, P., Beische, D., Becker, C., Branitzki, S., Guerra, V., Bredthauer, D., Reißman, U., Klie, T. (2007). Reduktion von körpernaher Fixierung bei demenzerkrankten Heimbewohnern- Einsatz von Hüftprotektoren und Sensormatten. Stuttgart, Freiburg.

Koczy, P., Klie, T., Kron, M., Bredthauer, D., Rissmann, U., Branitzki, S., Guerra, V., Klein, A., Pfundstein, T., Nikolaus, Th., Sander, S., Becker, C. (2005). Effektivität einer multifaktoriellen Intervention zur Reduktion von körpernaher Fixierung bei demenzerkrankten Heimbewohnern.- Ziele und Studiendesign einer prospektiven clusterrandomisierten Interventionsstudie. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 38(1), S. 33-39.

Köpke, S., Gerlach, A., Möhler, R., Haut, A., & Meyer, G. (2009). Leitlinie FEM- Evidenzbasierte Praxisleitlinie. Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege. Universität Hamburg & Universität Witten/Herdecke. www.leitlinie-fem.de/download/LeitlinieFEM.pdf. (Zugriff am 05.09.2012).

- Mayer, H. (2002). Einführung in die Pflegeforschung. Wien- Stuttgart: Facultas UTB für Wissenschaft, S. 72.
- Mayer, H. (2007). Pflegeforschung kennenlernen. Elemente und Basiswissen für die Grundausbildung. 4. Auflage, Wien: Facultas.
- Meyer, G., Köpke, S., Haastert, B., & Mühlhauser, I. (2009). Restraint use among nursing home residents: cross- sectional study and prospective cohort study. *Journal of Clinical Nursing* 18(7), S. 981-990.
- Möhler, R., Richter, T., Köpke, S., & Meyer, G. (2011). Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 16(2), O.S.
- Rölke Pharma (o.D.): Spezialprodukte unter einem Dach.
www.Roelkepharma.de. (Zugriff am 15.01.2013).
- Schlaffer, P. (2010). Broschüre Heimaufenthaltsgesetz. Wien: VertretungsNetz – Sachwalterschaft, Patientenanwaltschaft, BewohnerInnenvertretung.
- Schuhmacher, B., Becker, C., Koczy, P., Viol, M., & Klie, T. (2009). Beispiele für eine gute Praxis bei der Vermeidung von körpernahen Fixierungen in Einrichtungen der stationären Altenpflege.- Best-Practice-Bericht zum Projekt ReduFix Praxis. Freiburg.
- Schüssler, S. (2009). Erhebung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen bei KrankenhauspatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen in Österreich. Unveröffentlichte Masterarbeit. Graz: Medizinische Universität Graz, Institut für Pflegewissenschaft.
- Serobac Labordiagnostika (o.D.): Serobac. www.serobac.at. (Zugriff am 15.01.2013).
- Statistik Austria. (2010). Statistik Austria - Lebensformen. Bevölkerung insgesamt und in Anstaltshaushalten nach Alter, Geschlecht und Anstaltstyp zum 1.1.2009.

www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/haushalte_familien_lebensformen/lebensformen/index.html. (Zugriff am 14. 01. 2012).

Statistik Austria. (2011). Statistik Austria – Bevölkerungsprognosen. Ergebnisse im Überblick: Bevölkerungsprognose Österreich.

www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html. (Zugriff am 15.01.2013).

Testad, I., Aasland, A., & Aarsland, D. (2005). The effect of staff training on the use of restraint in dementia: a single-blind randomised controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 20(6), S. 587-590.

Tideiksaar, R. (2008). Stürze und Sturzprävention. Assessment- Prävention- Management. Bern: Hans Huber.

VertretungsNetz (2011). Jahresbericht 2011. Wien: VertretungsNetz.

<http://www.vsp.at/index.php?id=50>. (Zugriff am 15.01.2013).

Wiener Heimkommission bei der Wiener Pflege und PatientInnenanwaltschaft.

(2009). „Bericht der Wiener Heimkommission.“ Wien.

www.wien.gv.at/gesundheit/wppa/heimkommission.html. (Zugriff am 15.01.2012).

9 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schematische Darstellung des "Bucinator"	46
Abbildung 2: Sensorsystem Safefloor™	47
Abbildung 3: Hüftprotector SAFEHIP® SOFT	50
Abbildung 4: Niedrigstellbett.....	57
Abbildung 5: geteilte Bettseitenteile	58
Abbildung 6: Nesteldecke.....	60
Abbildung 7: Anti- Rutsch Auflagen	61
Abbildung 8:Anti- Rutsch- Socken	63
Abbildung 9: Sturzmatte	64
Abbildung 10: Bettbalken	65
Abbildung 11: Relaxkissen	67
Abbildung 12: Multifunktionsrollstuhl	69

10 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchbegriffe	20
Tabelle 2: Haltung, Einstellung und Erleben der Pflegenden.	28
Tabelle 3: Maßnahmen zur Reduktion von Freiheitsbeschränkungen.....	38
Tabelle 4: Gelindere Maßnahmen und Evidenzen	40
Tabelle 5: Studienergebnisse zur Evidenz Gelinderer Maßnahmen.....	44

Tabelle 6: "Katalog" Gelindere Maßnahmen	77
Tabelle 7: Interviewleitfaden.....	89

11 Anhang

11.1 Interviewleitfaden für die Experteninterviews

InterviewpartnerInnen: ExpertInnen aus verschiedenen Gesundheitsprofessionen

Feldzugang: BewohnerInnenvertretung

Vollbefragung der Pflegeheime in Wien

Interview:

- Begrüßung und Danksagung
- Einleitung

Ich studiere an der Universität Wien Pflegewissenschaft und schreibe gerade an meiner Diplomarbeit zum Thema „ Alternative Maßnahmen zu Freiheitsbeschränkungen“. Hierzu bitte ich sie um ihr Expertenwissen.

Wenn es ihnen recht ist, möchte ich gerne das Interview aufnehmen, diese Aufnahme werde ich ausschließlich zur Ausarbeitung des Interviews heranziehen.

Leitfrage	Check	Konkrete Fragen
<p>1.</p> <p>Welche Alternativen Maßnahmen zu Freiheitsbeschränkungen verwenden sie?</p>	<p>Liste diverser Maßnahmen – Nachfragen</p>	<p>Welche Maßnahmen werden regelmäßig verwendet?</p> <p>Wie ist ihre Erfahrung mit den Maßnahmen? - Anwendbarkeit und Praktikabilität im Pflegealltag?</p> <p>- BewohnerInnen und Personal?</p> <p>Ersetzt die Maßnahme die Freiheitsbeschränkung komplett oder nur auf Dauer?</p>
<p>2.</p> <p>Welche getesteten Alternativen Maßnahmen sind nicht in Verwendung?</p>	<p>Getestete/ ausprobierte Maßnahmen</p> <p>Negative Erfahrungen bezüglich Anwendbarkeit/ Praktikabilität?</p> <p>Negative Erfahrungen bezüglich Wirkung auf BewohnerIn/ Personal?</p>	<p>Warum ist diese Maßnahme nicht in Verwendung?</p>

Tabelle 7: Interviewleitfaden

11.2 Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Theodora Rohrbacher
Geburtsdatum: 13.05.1984
Geburtsort: Österreich- Wien
Wohnort: A-1070 Wien, Stiftgasse 15- 17/27
Email: theodora_rohrbacher@gmx.at

Ausbildungsweg

1990- 1994 Volksschule in 1080 Wien, Langedasse 36
1994- 2002 Gymnasium in 1080 Wien, Albertgasse 18- 22
2002 Matura
Wintersemester 2002 Studium der Humanmedizin an der Universität Wien
Abbruch des Studiums Humanmedizin
Ab Wintersemester 2006 Studium für Pflegewissenschaft an der Universität Wien

Beruflicher Werdegang

2003- 2010 Arbeit als persönliche Behindertenassistentin bei der Wiener Assistenzgenossenschaft