



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

**„Emotionen und Sichtweisen der diplomierten
Gesundheits- und Krankenpflegepersonen beim
Anwenden bzw. Unterlassen einer
freiheitsbeschränkenden Maßnahme an
PflegeheimbewohnerInnen.“**

Verfasserin

Franca Frenademetz

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, Mai 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt:

IDS Pflegewissenschaft

Betreuerin:

Dr. Julia Inthorn

I Ehrenwörtliche Erklärung

Ich versichere,

... dass ich die Diplomarbeit selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.

... dass ich dieses Diplomarbeitsthema bisher weder im In- noch im Ausland (einer Beurteilerin/einem Beurteiler zur Beurteilung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

... dass diese Arbeit mit der vom Begutachter beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Datum

Unterschrift

II Danksagung

An erster Stelle möchte ich mich bei meiner Betreuerin Frau Dr. Julia Inthorn bedanken, für ihre fortwährende Unterstützung und Beratung während der Verfassung meiner Diplomarbeit.

Mein größter Dank geht an meine Eltern Heinrich und Maria. Sie haben mir das Studium ermöglicht und mich jederzeit auf meinem Lebens- und Bildungsweg begleitet, ermutigt, unterstützt und in meinen Entscheidungen stets bestärkt. Auch bei meinem Bruder Silvan möchte ich mich herzlich bedanken. Durch seine große und stetige Hilfe wurde mir vor allem die erste Zeit des Einlebens in Wien um vieles erleichtert.

Herzlichst bedanken möchte ich mich auch bei meinem Freund Theodor, der mich Tag für Tag motiviert und ermutigt hat und mir in schwierigen Momenten zur Seite gestanden ist. Außerdem möchte ich mich bei ihm für das Korrekturlesen bedanken.

Gedankt sei auch all den Freunden und Freundinnen, die mir während meines Studiums zur Seite gestanden sind. Auf diese Weise bedanke ich mich bei meinen „Ex-Mitbewohnerinnen“ Dorothea und Katharina, mit denen ich wunderschöne vier Jahre meines Studiums verbringen durfte.

Last but not least richte ich meinen Dank an die Pflegedirektorinnen, die meine Interviews gut geheißen haben und meinen Interviewpartnerinnen, die sich für die Befragungen bereit erklärten.

III Inhaltsverzeichnis

I	Ehrenwörtliche Erklärung.....	- 3 -
II	Danksagung.....	- 5 -
III	Inhaltsverzeichnis.....	- 7 -
IV	Kurzfassung	- 11 -
	Abstract	- 12 -
V	Einleitung.....	- 13 -
VI	Problemdarstellung.....	- 15 -
VII	Theoretischer Hintergrund.....	- 17 -
1	Das Heimaufenthaltsgesetz.....	- 17 -
2	Freiheitsbeschränkende Maßnahmen	- 23 -
2.1	Begriffsklärung.....	- 23 -
2.2	Formen von Freiheitsbeschränkungen	- 24 -
2.3	Gründe, die für das Anwenden von FBM sprechen	- 26 -
2.4	Gründe, die gegen FBM sprechen	- 28 -
2.5	Betroffene von FBM	- 31 -
2.6	Pflegepersonen und FBM	- 32 -
2.7	Reduzierung von FBM.....	- 35 -
3	Alternativmethoden.....	- 40 -
3.1	Überlegungen	- 40 -
3.1.1	Umgebungsebene.....	- 41 -
3.1.2	Ebene der Pflegekräfte	- 42 -
3.1.3	Bewohnerebene	- 43 -
3.2	Hüftprotektoren	- 44 -
3.3	Antirutsch-Hausschuhstrümpfe.....	- 45 -
3.4	Niederflurbetten.....	- 46 -
3.5	Sensormatten	- 47 -
3.6	Bettsensor	- 48 -
3.7	Der Bettbalken.....	- 48 -

4	Der Entscheidungsprozess	- 50 -
4.1	Analyse der Situation.....	- 50 -
4.2	Einschätzung der Alternativen	- 52 -
4.3	Entwicklung eines Maßnahmenplans:.....	- 53 -
4.4	Entscheidungen treffen	- 54 -
4.5	Umsetzung der Maßnahme	- 54 -
4.6	Beobachtung und Evaluation	- 54 -
5	Ethische Aspekte	- 55 -
VIII	Methodisches Vorgehen	- 58 -
1	Forschungsdesign.....	- 58 -
2	Datenerhebung	- 59 -
3	Forschungsfeld	- 61 -
4	Forschungszugang.....	- 62 -
5	Transkription	- 62 -
6	Datenauswertung.....	- 64 -
IX	Ergebnisdarstellung.....	- 65 -
1	Freiheitsbeschränkende Methoden, die auf den Stationen angewendet werden-	66 -
1.1	Elektronische FBM.....	- 66 -
1.2	FBM im bzw. am Rollstuhl und Bett	- 66 -
1.2	Medikamentöse FBM	- 67 -
1.3	Von den befragten DGKS nicht definierte FBM.....	- 69 -
2	Emotionen der DGKS.....	- 71 -
2.1	Emotionen während des Anwendens von FBM	- 71 -
2.2	Emotionen während des Unterlassens einer FBM	- 72 -
3	Pflegepersonen im Spannungsfeld FBM	- 74 -
3.1	Gründe für FBM	- 74 -
3.2	Wirkungen von FBM auf die BewohnerInnen	- 79 -
3.3	Bisherige Entwicklungen hinsichtlich FBM	- 82 -
3.4	Zukunftsperspektive aus Sicht der befragten Pflegepersonen	- 84 -
4	Entscheidungsprozess bzgl. Anwenden und Unterlassen von FBM durch Intra-, Interdisziplinäre und extramurale Zusammenarbeit	- 87 -
4.1	Entscheidungsfindung durch Intra- und Interdisziplinäre Zusammenarbeit. -	87 -

4.2	Entscheidungsfindung durch extramurale Zusammenarbeit	- 89 -
5	Alternativmethoden	- 92 -
5.1	In den Pflegeheimen angewendete Alternativmethoden	- 92 -
5.2	Von den DGKS definierte Alternativmethoden	- 93 -
6	BewohnerInnen, die von FBM betroffen sind	- 95 -
6.1	Betroffenengruppen unter den BewohnerInnen	- 95 -
6.2	Umgang betroffener BewohnerInnen mit FBM	- 96 -
7	Angehörige von durch FBM betroffene BewohnerInnen	- 97 -
7.1	Wunsch der Angehörigen	- 97 -
7.2	Umgang mit den Wünschen der Angehörigen	- 98 -
8	Auseinandersetzung mit dem Thema FBM und Alternativmethoden	- 100 -
8.1	Auseinandersetzung mit dem Thema FBM und Alternativmethoden im Rahmen von Fortbildungen	- 100 -
8.2	Auseinandersetzung mit dem Thema FBM und Alternativmethoden durch vermehrtes Überlegen.....	- 101 -
8.3	Auseinandersetzung mit dem Thema FBM und Alternativmethoden durch Meinungsverschiedenheiten	- 101 -
9	Spannungsfelder im Bereich FBM	- 104 -
9.1	Spannungsfeld: Sichtweise der DGKS	- 104 -
9.2	Spannungsfeld: Medikamentöse FBM vs. Körperliche FBM	- 105 -
9.3	Spannungsfeld: „Wissen“	- 105 -
9.4	Spannungsfeld: Vergangenheit vs. Zukunft.....	- 105 -
9.5	Spannungsfeld: Teamgemeinschaft	- 106 -
X	Beantwortung der Forschungsfragen	- 107 -
XI	Schlussfolgerung und Empfehlung für die Pflegepraxis.....	- 113 -
XII	Literaturverzeichnis.....	- 115 -
XIII	Abbildungsverzeichnis.....	- 121 -
XIV	Abkürzungsverzeichnis.....	-122 -
XV	Anhang	- 123 -
1	Interviewleitfaden	- 123 -
2	Curriculum Vitae.....	- 125 -

IV Kurzfassung

Durch den Anstieg der älteren Bevölkerung sind auch immer mehr Menschen auf die Pflege in einem Pflegeheim angewiesen. Davon betroffen sind vor allem dementiell erkrankte Menschen. Solche BewohnerInnen weisen oft Vergesslichkeit, Verwirrung, Agitiertheit, Mobilitätsbeschränkung und somit auch ein erhöhtes Sturzrisiko auf. Aus diesen Gründen sind diese Menschen auch besonders oft von Freiheitsbeschränkungen betroffen. Die Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern/Krankenpfleger stehen oft vor schwierigen Entscheidungen im Bezug auf das Anwenden bzw. Unterlassen einer FBM. Durch die Vor- und Nachteile von Freiheitsbeschränkungen durchleben die DGKS/P unterschiedliche Emotionen und Gefühle. Diese Diplomarbeit soll anhand von qualitativen Interviews die Emotionen und Sichtweisen der DGKS ermitteln, und durch die qualitative Analyse nach Mayring darauf aufmerksam machen sowie über die Schwierigkeiten mit denen sie tagtäglich konfrontiert werden informieren. Die Ergebnisse haben gezeigt, dass das Anwenden und Unterlassen einer FBM bei der Mehrheit der DGKS unterschiedliche Emotionen hervorruft. Sofern das Anwenden einer FBM im intradisziplinären Team besprochen, gut durchdacht und von allen Beteiligten gut geheißen wird, sind die DGKS der Ansicht, für die BewohnerInnen gut und verantwortungsvoll gesorgt zu haben. Entscheidet sich das Team gegen eine FBM und sollte dem/der Bewohner/in dennoch etwas zustoßen, so erleben die DGKS Schuld- und Mitgefühle. Eine weitere Hürde, mit der die DGKS konfrontiert werden, ist der Wunsch der Angehörigen, an deren Liebsten eine FBM zu deren Schutz vorzunehmen. Um mit solchen Situationen bestmöglich klar zu kommen und um sie vermeiden zu können, muss noch viel Bewusstseinsarbeit in Richtung Angehörigenberatung sowie in Form von Fortbildungen für Pflegepersonal, ÄrztInnen und PflegedirektorInnen stattfinden.

Abstract

Due to the increase of the older population, more and more people rely on the care in a nursing home. This concerns especially people suffering from dementia. Such residents often have obliviousness, confusedness, agitation, movement restrictions and thus an increased risk of falling. For these reasons, these people are very often affected by physical restraints. The registered nurses are often faced with difficult choices in terms of applying or omitting a physical restraint. Due to the advantages and disadvantages of the restraints the registered nurses experience different emotions and feelings. Therefore, this thesis is based on qualitative interviews, to determine the emotions and views of the registered nurse and through the qualitative analysis of Mayring make pay attention to the difficulties with which they learn to face every day. The results showed that applying a physical restraint cause different emotions for the majority of the registered nurses. If applying a physical restraint will be discussed, well thought out in the intra-disciplinary team, the registered nurse are believed to have provided well and responsibly for the nursing home residents. If the team decides not to use a physical restraint and should anything happen to the resident, does the registered nurse fell guilt and pitifulness. Another hurdle faced by the registered nurses is the desire of the family members to use a physical restraint to protect the nursing home residents. To manage these situations the best possible and to avoid them there is still much work towards awareness-raising in the form of consulting family members and training for nurses, doctors and nursing directors.

V Einleitung

Während meiner Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege konnte ich in mehrere Bereiche der Pflege Einblick erhalten. Das Langzeitpflegepraktikum in einem Pflegeheim ist mir besonders in Erinnerung geblieben, vor Allem die eingesetzten freiheitsbeschränkenden Maßnahmen.

Durch die Erfahrungen in diesem Praktikum stieg mein Interesse an diesem Thema. Die Tatsache, dass es für die Pflegenden bereits zur Routine geworden war, an den BewohnerInnen freiheitsbeschränkende Maßnahmen zu setzen, führte zu vielen Fragen: „Ist das Heranziehen einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme unbedingt notwendig?“, „Gibt es Alternativmethoden?“, „Wie stehen die Pflegepersonen zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen?“ Aus diesen Reflexionen haben sich einige meiner Forschungsfragen ergeben.

Sinn dieser Diplomarbeit ist es somit, die Sichtweise der Pflegepersonen in Anbelangen der freiheitsbeschränkenden- und freiheitsentziehenden Maßnahmen zu ermitteln.

Durch Interviews soll ermittelt werden, inwieweit das Pflegepersonal von Pflegeheimen über solche Maßnahmen informiert ist, und wie viel ihrerseits reflektiert wird, bevor es zu einer solchen Einschränkung gegriffen wird. Daraus haben sich folgende Forschungsfragen ergeben:

- Wie erleben die Pflegepersonen das Setzen einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme an den BewohnerInnen?
- Warum werden v.a. demente BewohnerInnen in ihrer Freiheit beschränkt? Wie stehen die Pflegepersonen zu den freiheitsbeschränkenden Maßnahmen?

- Welche Wirkung haben – lt. Pflegeperson - freiheitsbeschränkende Maßnahmen auf die BewohnerInnen und ihre Lebensqualität?
- Wie viel Wissen haben Pflegepersonen bzw. wie viel Wissen/Aufklärung herrscht in der jeweiligen Pflegeeinrichtung über Alternativmethoden?
- Welche Alternativmethoden werden eingesetzt?
- Wie wird sich aus Sicht der Pflegepersonen die Situation der Freiheitsbeschränkung in Zukunft darstellen?

VI Problemdarstellung

Laut der Bevölkerungsprognose 2010 von Statistik Austria wird die Gesamtbevölkerung in der nächsten Dekade weiter wachsen. Gleichzeitig verändert sich auch die Altersstruktur. Bis 2050 soll die Zahl der Personen unter 15 Jahren von 15% auf 13% absinken, während der Anteil der über 60-jährigen Personen von 23% auf 34% zunehmen wird. (vgl. Statistik Austria 2010) Mit dem Anstieg des Anteils älterer Menschen kommt es auch zu einem Steigen der altersbedingten Krankheiten, die zu Funktionsverlusten führen können. Diesbezüglich sind vor allem alte Menschen auf pflegerische Hilfe angewiesen. Vielen Menschen bleibt es also nicht erspart, in ein Pflegeheim oder eine ähnliche Pflegeanstalt zu ziehen, um dort 24 Stunden Hilfe und Pflege zu erhalten.

Ältere Menschen sind oft in ihrer Mobilität beschränkt, haben einen eingeschränkten kognitiven Status, ein hohes Alter und weisen somit ein erhöhtes Sturzrisiko sowie eine hohe Pflegeabhängigkeit auf. Daher brauchen sie mehr Aufmerksamkeit, mehr Zeit und mehr Pflege. Ist die Zeit aber nicht gegeben, so kann es vorkommen, dass Pflegende zu freiheitsbeschränkenden wenn nicht freiheitsentziehenden Maßnahmen greifen. PflegeheimbewohnerInnen werden eingesperrt, durch eine Fixierhose oder einen Fixiergurt auf einem (Roll-)stuhl fixiert usw. (vgl. Becker et al. 2007, S. 16)

Klie et al. (2005) sprechen bei freiheitsentziehenden Maßnahmen von einer besonderen Form von „Gewalt“. Bei freiheitsentziehenden Maßnahmen handelt es sich um eine „regelmäßig (nicht immer) [...] systematische Handlung, die auf die Befindlichkeit der Betroffenen ausgeprägt negativ einwirkt (auch wenn sie „fürsorglich“ motiviert ist).“ (Klie et al. 2005, S. 19) Wünschen sich BewohnerInnen eine FBM, so bezeichnen Saarnio und Isola (2010) diese als freiwillige FBM. Hier zählt vor allem das Hochziehen der Bettseitenteile. (vgl. Saarnio, Isola 2010, S. 3201)

Im Hinblick auf die Perspektive der Pflegepersonen einer rehabilitativen Abteilung bezüglich des Einsatzes freiheitsbeschränkender Maßnahmen und deren Reduzierung wurden freiwillige Pflegepersonen, im Rahmen einer Gruppendiskussion befragt. Sie teilten mit, bei der Anwendung von körperlichen Beschränkungen, interne Konflikte zu erfahren, führten aber dennoch die freiheitsbeschränkende Maßnahmen durch, um Stürze und Verletzungen bei den PatientInnen zu verhindern. (vgl. Lai 2007)

Weiters kann es vorkommen, dass der Vorschlag eine FBM anzuwenden auch von Seiten der BewohnerInnen selbst bzw. deren Angehörigen kommt. Die Aufforderungen der Angehörigen an das Pflegepersonal eine FBM anzuwenden, entstehen meistens aus Besorgnis über die Sicherheit ihrer Liebsten. (vgl. Saarnio, Isola 2010, S. 3201) Dies führt oft zu einer Entscheidungsproblematik für die Pflegepersonen, vor allem dann, wenn sie eine FBM als nicht notwendig erachten.

Insbesondere Pflegepersonen in der Langzeitpflege stecken nicht selten in einem solchen Dilemma. Eine beschränkende Maßnahme anzuwenden ist für Pflegepersonen eine oft nicht leichte Entscheidung. Aus diesem Grund beschäftigt sich diese Diplomarbeit mit der Haltung und mit den Erlebnissen von Pflegepersonen bzgl. Freiheitsbeschränkung in Wiener Pflegeheimen.

Im theoretischen Teil dieser Diplomarbeit sollen insbesondere die Reduzierung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen thematisiert sowie die Pro und Contras dieser Maßnahmen gegenüber gestellt werden.

VII Theoretischer Hintergrund

1 Das Heimaufenthaltsgesetz

Das „Bundesgesetz über den Schutz der persönlichen Freiheit während des Aufenthalts in Heimen und anderen Pflege- und Betreuungseinrichtungen (Heimaufenthaltsgesetz – HeimAufG)“ (BGBl. I Nr. 11/2004) wurde durch BGBl. I Nr. 94/2006 geändert, welches wiederum 2010 durch BGBl. I Nr. 18/2010 novelliert wurde. (vgl. BGBl. I Nr. 18/2010)

Das HeimAufG hat das Ziel, die persönliche Freiheit der HeimbewohnerInnen zu schützen. Hier ist wichtig zu beachten, dass „die persönliche Freiheit von Menschen, die aufgrund des Alters, einer Behinderung oder einer Krankheit der Pflege oder Betreuung bedürfen, [...] besonders zu schützen [ist]. 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.“ (§1 Abs. 1 HeimAufG) Außerdem dürfen Freiheitsbeschränkungen nur dann angewendet werden, wenn diese „im Verfassungsrecht, in diesem Bundesgesetz oder in anderen gesetzlichen Vorschriften ausdrücklich vorgesehen“ (§1 Abs. 2 HeimAufG) sind.

Das HeimAufG darf lediglich in „Alten- und Pflegeheimen, Behindertenheimen sowie in anderen Einrichtungen, in denen wenigstens drei psychisch kranke oder geistig behinderte Menschen ständig betreut oder gepflegt werden können“ (§ 2 Abs. 1 HeimAufG) Anwendung finden. Eine Ausnahme bilden hier die Personen, die in Krankenhäusern „wegen ihrer psychischen Krankheit oder geistigen Behinderung der ständigen Pflege oder Betreuung bedürfen.“ (§2 Abs. 1 HeimAufG)

Laut dem HeimAufG liegt eine Freiheitsbeschränkung nur dann vor, „wenn eine Ortsveränderung einer betreuten oder gepflegten Person (im Folgenden Bewohner) gegen oder ohne ihren Willen mit physischen Mitteln, ins-

besondere durch mechanische, elektronische oder medikamentöse Maßnahmen, oder durch deren Androhung unterbunden wird.“ (§3 Abs. 1 HeimAufG) Ist die betroffene Person „einsichts- und urteilsfähig“ (§3 Abs. 2 HeimAufG) und hat diese der Freiheitsbeschränkung zugestimmt, so liegt keine Freiheitsbeschränkung vor. (vgl. §3 Abs. 2 HeimAufG)

Dem HeimAufG §4 Abs. 1 zufolge darf eine Freiheitsbeschränkung nur vorgenommen werden, wenn „der Bewohner psychisch krank oder geistig behindert ist und im Zusammenhang damit sein Leben oder seine Gesundheit oder das Leben oder die Gesundheit anderer ernstlich und erheblich gefährdet“ (§4 Abs. 1 HeimAufG), wenn „sie zur Abwehr dieser Gefahr unerlässlich und geeignet sowie in ihrer Dauer und Intensität im Verhältnis zur Gefahr angemessen ist“ (§4 Abs. 2 HeimAufG) und wenn „diese Gefahr nicht durch andere Maßnahmen, insbesondere schonendere Betreuungs- oder Pflegemaßnahmen, abgewendet werden kann.“ (§4 Abs. 3 HeimAufG)

Medikamentöse Freiheitsbeschränkungen dürfen nur von ärztlicher Seite her angeordnet werden. (vgl. §5 Abs. 1 HeimAufG) Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen sind gemäß §5 Abs. 2 des HeimAufG befugt, Freiheitsbeschränkungen vorzunehmen. Sollten die Freiheitsbeschränkungen länger als 48 Stunden dauern, so muss der/die Leiter/in der Einrichtung „ein ärztliches Gutachten, ein ärztliches Zeugnis (§ 55 Ärztegesetz 1998) oder sonstige ärztliche Aufzeichnungen (§ 51 Ärztegesetz 1998)“ (§5 Abs. 2 HeimAufG) einholen, die bescheinigen, „dass der Bewohner psychisch krank oder geistig behindert ist und im Zusammenhang damit sein Leben oder seine Gesundheit oder das Leben oder die Gesundheit anderer ernstlich und erheblich gefährdet.“ (§5 Abs. 2 HeimAufG) Weiters sind pädagogische Leiter berechtigt, eine Freiheitsbeschränkung vorzunehmen, wenn sie fachgemäße Standards einhalten und die Maßnahmen so schonend wie möglich anwenden. (vgl. §5 Abs. 3 HeimAufG) „Eine Freiheitsbeschränkung ist sofort aufzuheben, wenn deren Voraussetzungen nicht mehr vorliegen.“ (§5 Abs. 4 HeimAufG)

Ebenfalls wichtig zu beachten ist die Dokumentationsweise einer durchgeführten Freiheitsbeschränkung. „Der Grund, die Art, der Beginn und die Dauer der Freiheitsbeschränkung sind schriftlich zu dokumentieren. Ärztliche Zeugnisse und der Nachweis über die notwendigen Verständigungen sind diesen Aufzeichnungen anzuschließen.“ (§6 Abs. 1 HeimAufG) Genauso müssen solche Freiheitsbeschränkungen dokumentiert werden, wenn der/die Bewohner/in freiwillig zugestimmt hat. (vgl. §6 Abs. 2 HeimAufG)

„Die anordnungsbefugte Person“ (§7 Abs. 1 HeimAufG) muss den/der Bewohner/in „den Grund, die Art, den Beginn und die voraussichtliche Dauer der Freiheitsbeschränkung auf geeignete, seinem Zustand entsprechende Weise“ (§7 Abs. 1 HeimAufG) mitteilen. Außerdem muss sie unverzüglich den/die Pflegedienstleiter/in darüber informieren. (vgl. §7 Abs. 1 HeimAufG) In weiterer Folge hat der/die Pflegedienstleiter/in „von der Freiheitsbeschränkung und von deren Aufhebung unverzüglich den Vertreter und die Vertrauensperson des Bewohners zu verständigen und diesen Gelegenheit zur Stellungnahme einzuräumen. Diese Personen sind auch von einer mit dem Willen des Bewohners vorgenommenen Einschränkung seiner persönlichen Freiheit sowie deren Aufhebung unverzüglich zu verständigen.“ (§7 Abs. 2 HeimAufG)

Wenn eine Freiheitsbeschränkung angeordnet bzw. angewendet wird, so vertritt der „örtlich zuständige Verein (§1 VSPBG)“ (§8 Abs. 2 HeimAufG) den/die Bewohner/in. Der Verein lässt den BewohnervertreterInnen die „Ausübung der Vertretungsbefugnisse“ (§8 Abs. 2 HeimAufG) zukommen. Der/die Vertreter/in des/der Bewohner/in muss „der Begründung oder Beendigung der Vollmacht den Leiter der Einrichtung und – so fern ein gerichtliches Verfahren anhängig ist – auch das Gericht unverzüglich [...] verständigen.“ (§8 Abs. 2 HeimAufG)

Gemäß §9 Abs. 1 des HeimAufG sind die BewohnervertreterInnen befugt „die Einrichtung unangemeldet zu besuchen, sich vom Bewohner einen persönlichen Eindruck zu verschaffen, mit der anordnungsbefugten Person und Bediensteten der Einrichtung das Vorliegen der Voraussetzungen

der Freiheitsbeschränkung zu besprechen, die Interessenvertreter der Bewohner der Einrichtung zu befragen.“ (§9 Abs. 1 HeimAufG) Weiters sind sie befugt in die Pflegedokumentation sowie in die Krankengeschichte und andere Dokumente des/der Bewohners/in einzusehen. (vgl. §9 Abs. 1 HeimAufG) Der/die Pflegedienstleiter/in muss dem/der Bewohner/in gewährleisten, dass er/sie sich ungestört mit dem/der Bewohnervertreter/in beraten kann und dass er/sie Auskunft über den/die Bewohnervertreter/in erhält. (vgl. §9 Abs. 2 HeimAufG) Die BewohnervertreterInnen sind autorisiert für die Bearbeitung von Beschwerden die zuständige Behörde über ihre Wahrnehmungen im Bezug auf ihre Arbeit zu informieren. (vgl. §9 Abs. 3 HeimAufG)

Die BewohnervertreterInnen haben die Pflicht der/die Bewohner/in „über die beabsichtigten Vertretungshandlungen und sonstige wichtige Angelegenheiten auf geeignete, dessen Zustand entsprechende Weise aufzuklären.“ (§10 Abs. 1 HeimAufG) Weiters müssen sie den Wünschen des/der Bewohner/in nachkommen, insofern dessen Wohl nicht dadurch beeinträchtigt wird und den/der Bewohner/in die Wünsche zumutbar sind. (vgl. §10 Abs. 1 HeimAufG) Darüber hinaus sind die BewohnervertreterInnen der Verschwiegenheitspflicht verpflichtet. Diese Verschwiegenheitspflicht wird für den Verein gegenüber Gerichten und den Vertrauenspersonen des/der BewohnerInnen aufgehoben. (vgl. §10 Abs. 2 HeimAufG)

BewohnerInnen, deren Vertreter, Vertrauenspersonen sowie die Pflegedienstleiter sind nach §11 Abs. 1 berechtigt „einen Antrag auf eine gerichtliche Überprüfung einer Freiheitsbeschränkung“ (§11 Abs. 1 HeimAufG) zu stellen. Innerhalb „sieben Tagen ab dem Einlegen des Antrages“ (§12 Abs. 1 HeimAufG) muss das Gericht den/die Bewohner/in über „Grund und Zweck des Verfahrens“ (§12 Abs. 1 HeimAufG) informieren. Dafür ist das Gericht verpflichtet, die Pflegedokumentation, die Krankengeschichte, u. A. Aufzeichnungen über den/die Bewohner/in einzusehen. Weiters besteht die Pflicht des Gerichts darin, die BewohnervertreterInnen, die Vertrauensperson des/der Bewohners/in, den/die Pflegedienstleiterin, den/die Arzt/Ärztin sowie jene Person, die die Freiheitsbeschränkung beauftragt

hat und andere Auskunftspersonen anzuhören. (vgl. §12 Abs. 1 HeimAufG)

Nach der Anhörung trifft das Gericht eine Erste Entscheidung über die Zulassung einer Freiheitsbeschränkung. Wird die Zulassung gut geheißen, so wird eine mündliche Verhandlung binnen 14 Tagen anberaumt. (vgl. §13 Abs. 1 HeimAufG) Wird die Freiheitsbeschränkung nicht zugelassen, so muss diese unverzüglich aufgehoben werden, außer wenn der/die Pflegedienstleiter/in einen Rekurs gegen diesen Beschluss einreicht und die Verhandlung vom Gericht somit aufgeschoben wird. Dieser Rekurs muss binnen drei Tagen behandelt werden. (§13 Abs. 2 HeimAufG).

Zur mündlichen Verhandlung muss das Gericht den/die Bewohner/in sowie die BewohnervertreterInnen, Vertrauenspersonen, den/die Pflegedienstleiter/in, den/die Arzt/in und die Person, welche die Freiheitsbeschränkung angeordnet hat, einladen. (vgl. §14 Abs. 1 HeimAufG) In der mündlichen Verhandlung muss das Gericht die Entscheidung treffen, ob die Freiheitsbeschränkung zulässig ist oder nicht. (vgl. §15 Abs. 1 HeimAufG) Entscheidet sich das Gericht für die Zulässigkeit der Freiheitsbeschränkung, so darf diese die Frist von sechs Monaten nicht überschreiten. (vgl. §15 Abs. 2 HeimAufG) Im Falle einer Entscheidung für die Unzulässigkeit der Freiheitsbeschränkung, muss diese unverzüglich aufgehoben werden, es sei denn der/die Leiter/in der Einrichtung meldet gegen den Beschluss Rekurs an. (vgl. §15 Abs. 3 HeimAufG) Sofern die Freiheitsbeschränkung noch andauert, muss das Gericht den Beschluss binnen sieben Tagen ausstellen (vgl. §15 Abs. 4 HeimAufG) und „dem Bewohner, seinem Vertreter, seiner Vertrauensperson sowie dem Leiter der Einrichtung“ (§15 Abs. 4 HeimAufG) zustellen.

Ebenfalls wichtig ist die Aufhebung einer Freiheitsbeschränkung. Hier muss beachtet werden, dass wenn der/die Bewohner/in, sein/e Vertreter/in oder seine Vertrauensperson es beantragt, so muss vom Gericht „vor Ablauf der gerichtlich festgesetzten Frist über die Dauer der Freiheitsbeschränkung“ (§18 Abs. 1 HeimAufG) erneut entschieden werden, ob die Freiheitsbeschränkung zulässig ist oder nicht. (vgl. §18 Abs. 1 HeimAufG)

Wenn eine „gerichtlich für zulässig erklärte Freiheitsbeschränkung“ (§18 Abs. 2 HeimAufG) die Anforderungen nicht mehr entspricht, so muss diese unverzüglich aufgehoben werden. (vgl. §18 Abs. 2 HeimAufG)

Soll die Freiheitsbeschränkung nicht nach Ablauf der gerichtlich festgesetzten Frist abgesetzt werden, so muss die anordnungsbefugte Person, die Gründe für eine Verlängerung der Beschränkung angeben und dafür den/die Bewohner/in sowie den/die Leiter/in der Einrichtung verständigen. (vgl. §19 Abs. 1 HeimAufG) Vierzehn Tage vor Fristablauf hat der/die Leiter/in der Einrichtung die Pflicht die Vertrauensperson und den/die Bewohnervertreter/in zu verständigen und sie über die Gründe dafür zu informieren. (vgl. §19 Abs. 1 HeimAufG) Infolgedessen ist der/die Bewohnervertreter/in wiederum berechtigt einen Antrag auf Überprüfung zu stellen. Geschieht dies nicht, so muss er/sie dem Gericht die Gründe dafür mitteilen. (vgl. §19 Abs. 2 HeimAufG) „Im Beschluss, mit dem eine länger dauernde Freiheitsbeschränkung für zulässig erklärt wird, kann das Gericht eine Frist festsetzen, die ein Jahr nicht übersteigt.“ (§19 Abs. 3 HeimAufG)

Gemäß §24 Abs. 1 haftet der Bund „nach Maßgabe des Amtshaftungsgesetzes [...], für den Schaden am Vermögen oder an der Person, den ein Bediensteter oder Beauftragter einer Einrichtung in Vollziehung dieses Bundesgesetzes durch ein rechtswidriges Verhalten wem immer schuldhaft zugefügt hat.“ (§24 Abs. 1 HeimAufG) Falls der Schaden absichtlich oder fahrlässig verursacht wurde, so haftet dafür der Träger der Einrichtung (vgl. §24 Abs. 2 HeimAufG) Dieser kann vom Beauftragten oder Bediensteten Rückersatz verlangen, vorausgesetzt er hat den Schaden absichtlich oder fahrlässig verursacht. (vgl. §24 Abs. 3 HeimAufG)

2 Freiheitsbeschränkende Maßnahmen

2.1 Begriffsklärung

Freiheit

Der Begriff Freiheit ist je nach philosophischer oder weltanschaulicher Position unterschiedlich definiert und bewertet. Darunter wird „das Fehlen äußerer oder innerer Zwänge als auch die Fähigkeit zur unabhängigen Wahl bestimmter Inhalte oder Ziele und deren Verwirklichung“ verstanden. (Pschyrembel, Pflege 2007, S. 275) Außerdem ist die Freiheit „durch verschiedene Bedingungen der menschlichen Natur sowie durch Voraussetzungen der Umwelt begrenzt“. (Pschyrembel, Pflege 2007, S. 275)

Freiheitsentziehung

Darunter werden Maßnahmen zur temporären, regelmäßigen oder länger andauernden Beschränkung eines Menschen in dessen Freiheit verstanden. Beispiele dafür sind: Fixierungen, Schlösser, verschlossene Zimmertüren, festgestellte Bremsen am Rollstuhl, Gabe von Schlaftabletten oder Anwenden von Bettseitenteilen über die ganze Bettlänge. (vgl. Pschyrembel, Pflege 2007, S. 276).

Pflegeheim

Das Pflegeheim ist „eine stationäre Einrichtung der Altenhilfe, in der chronisch kranke oder pflegebedürftige Menschen dauerhaft wohnen und pflegerisch betreut werden.“ (Pschyrembel, Pflege 2007, S. 578)

2.2 Formen von Freiheitsbeschränkungen

In der Literatur findet man unterschiedliche Bezeichnungen für Freiheitsbeschränkungen. So zum Beispiel unterscheiden Hoffmann und Klie zwischen freiheitsbeschränkenden und freiheitsentziehenden Maßnahmen. Freiheitsentziehende Maßnahmen liegen vor, wenn die Maßnahmen „gegen den Willen des Betroffenen erfolgen, eine gewisse Intensität und/oder Dauer erreichen und im Rahmen bestimmter räumlicher Gegebenheiten erfolgen“. (Hoffmann, Klie 2004 S. 13) Trifft dies nicht zu, so handelt es sich um freiheitsbeschränkende Maßnahmen. (vgl. Hoffmann, Klie 2004, S. 14)

Während Becker et al. zwischen körpernahen und körperfernen FBM (vgl. Becker et al. 2007, S. 16) unterscheiden, trennen Sarnio und Isola indes zwischen direkten und indirekten Beschränkungen. (vgl. Saarnio, Isola 2010, S. 3201) Sarnio und Isola beschreiben die indirekten Beschränkungen als zum Beispiel die Entfernung der Mobilitätsbeihilfen, die die betroffenen BewohnerInnen für die Fortbewegung brauchen. Zu den z. B. in finnländischen Pflegeheimen am häufigsten angewendeten, direkten FBM zählen hingegen Gurte, verschlossene Türen, sowie solche Maßnahmen die die Mobilität der BewohnerInnen einschränken, wie zum Beispiel magnetische Bänder, Sitzgurte, Therapietische, Leinenschlingen oder Bettseitenteile. Eine weitere beschriebene direkte FBM ist das Lagern eines/r Bewohners/in, so dass er/sie sich ohne Hilfe nicht mehr adäquat bewegen kann bzw. sich auch nicht aufrichten oder aufstehen kann, zum Beispiel durch eine zu weit nach hinten gerichtete Rollstuhllehne. (vgl. Saarnio, Isola 2010, S. 3201; Moore, Haralambous 2007, S. 535) Zusätzliche Ergebnisse zeigten außerdem, dass die Pflegepersonen vermehrt auch die eigene Kraft anwendeten um BewohnerInnen still zu halten (vgl. Saarnio, Isola 2010, S. 3201) und/oder dass sie Einschüchterungen, verbale Drohungen einsetzen oder die BewohnerInnen für längere Zeit isolieren. (vgl. Moore, Haralambous 2007, S. 535)

Weitere -noch nicht genannte- FBM sind das Befestigen der Extremitäten und/oder des Rumpfes am Stuhl und/oder Bett, von der betroffenen Person nicht lösbare Bremsen oder Schlaufen, die die Person in der Bewegung behindern, (vgl. Becker et al. 2007, S. 16) sowie Medikamente, die auf die Betroffenen bewegungs- und bewusstseinseinschränkende Wirkungen ausüben. (vgl. Klie et al. 2005, S. 19)

Meyer et al. (2008) zufolge werden 26,2% der HeimbewohnerInnen in Hamburg durch mindestens eine der angeführten Maßnahmen in ihrer Freiheit beschränkt, wobei die Bettseitenteile am häufigsten angewendet werden. Nahezu 24,5% der beobachteten HeimbewohnerInnen sind von dieser Maßnahme betroffen. Rollstuhltische, Sitzgurte oder dergleichen werden hingegen eher selten eingesetzt. 52,4% erhalten mindestens ein Psychopharmakum. (vgl. Meyer et al. 2008, S. 981)

In diesem Zusammenhang ist noch wichtig zu erwähnen, dass nahezu die Hälfte der eingesetzten Freiheitsbeschränkungen durch einen Sachverständigen oder durch die schriftliche Zustimmung der BewohnerInnen genehmigt worden sind. In 10,1% der Fälle bestätigten die KrankenpflegerInnen, dass die betroffenen BewohnerInnen den Freiheitsbeschränkungen verbal zugestimmt haben. Bei manchen Freiheitsbeschränkungen wurden die Entscheidungen für das Anwenden durch die KrankenpflegerInnen, ÄrztInnen oder Vertrauenspersonen getroffen. (vgl. Meyer et al., 2008, S. 985f.) Lt. Meyer et al. (2008) ist die Häufigkeit der physischen und psychoaktiven FBM in den deutschen Pflegeheimen immer noch beträchtlich. (vgl. Meyer et al. 2008, S. 981)

Um eine begriffliche Einheitlichkeit zu gewährleisten, verwendet die Autorin ausschließlich den Begriff der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen (FBM).

2.3 Gründe, die für das Anwenden von FBM sprechen

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen werden angewendet, um die BewohnerInnen in erster Linie vor Stürzen zu schützen und um durch Stürze bedingte Verletzungen sowie Verhaltensweisen der dementen BewohnerInnen wie Unruhe, Wanderverhalten und Orientierungslosigkeit zu vermeiden. (vgl. Becker et al. 2007, S. 18) Laut Becker et al. (2007) werden nahezu 90% der bewegungseinschränkenden Maßnahmen mit dem Sicherheitsbedarf der HeimbewohnerInnen begründet. (vgl. Becker et al. 2007, S. 18 f.)

Ein weiterer Grund für die Anwendung freiheitsentziehender bzw. freiheitsbeschränkender Maßnahmen ist die vorherrschende Meinung, dass aggressives Verhalten mit erhöhten Kosten verbunden sei, da Pflegepersonen mehr Zeit für diese BewohnerInnen aufwenden müssten (vgl. Voyer et al. 2005). Hier finden sich in der Literatur allerdings auch gegenteilige Ansichten, denen zufolge sich die Kosten verringern, wenn BewohnerInnen nicht in ihrer Freiheit beschränkt werden. In einer amerikanischen Studie über die Reduzierung physischer Beschränkungen in Pflegeheimen wird festgestellt, dass Pflegepersonen 67% bis 75% mehr Zeit bei freiheitsbeschränkten BewohnerInnen aufwenden. (vgl. Phillips et al. 1993)

Andere von den DGKS erwähnte Gründe sind Zeitmangel (vgl. Karlsson et al. 2000, S. 845), und Personalmangel, um die BewohnerInnen zu überwachen (vgl. Karlsson et al. 2000, S. 846), die Pflicht ärztliche Anordnungen durchzuführen, im bestem Interesse der BewohnerInnen und in Übereinstimmung mit dem Willen der Anderen zu handeln. (vgl. Karlsson et al. 2000, S. 845) Für manche DGKS ist es unvorstellbar, die BewohnerInnen unbeschränkt und unbeaufsichtigt im Aufenthaltsraum lassen zu müssen. (vgl. Karlsson et al. 2000, S. 846)

Ein weiteres wichtiges Argument, das gegen FBM spricht, ist die Schwierigkeit der adäquaten medikamentösen Einstellung, primär bei Psychopharmaka. (vgl. Becker et al. 2007, S. 27 f.) Nach Becker et al. (2007)

werden behandlungsbedürftige psychische Krankheiten oft übersehen und nicht treffend behandelt. So zum Beispiel werden Schlafstörungen bei einer Depression mit Benzodiazepinen oder eine psychomotorische Unruhe mit einer depressiven Grunderkrankung mit Neuroleptika behandelt. Demzufolge kommt es zu einer abgeschwächten Wirksamkeit der Medikamente sowie zu einer Zuspitzung der Symptomatik, was wiederum dazu führt, dass die Medikamentendosis erhöht wird bzw. erhöht werden muss. (vgl. Becker et al. 2007, S. 27) Außerdem darf auch die Zunahme „des Nebenwirkungspotenzials im Alter durch Veränderung des Medikamentenstoffwechsels (Pharmakokinetik), Multimorbidität und Polymedikation“ (Becker et al. 2007, S. 27 f.) nicht vergessen werden.

2.4 Gründe, die gegen FBM sprechen

Empirische Studien stützen die These, dass freiheitsbeschränkende Maßnahmen unzählige Nebenwirkungen bzw. Gefahren mit sich bringen. Dazu zählen zum einen, der Verlust der Freiheit und der Autonomie für die betroffenen BewohnerInnen, zum anderen können FBM bei den Betroffenen zum Kontrollverlust und zur Stresserhöhung sowie zu Nervenläsionen, Ischämien und Quetschungen führen. (vgl. Becker et al. 2007, S. 20)

Wie die unten angeführte Grafik darstellt, führen FBM dazu, dass die betroffene Person zunehmend immobil wird, es erhöht sich die Verletzungsgefahr und es treten vermehrt Verhaltensauffälligkeiten auf. Dies kann wiederum zum Einsatz von Psychopharmaka führen, damit die betroffene Person sediert wird und somit die Fixierung besser akzeptiert. Psychopharmaka bringen jedoch verschiedene Komplikationen mit sich, wie zum Beispiel Zunehmen der Verwirrtheit, Erhöhung der Sturzgefährdung und andere medizinischen Nebenwirkungen wie Exikose, Pneumonie, bis hin zum Tod. Auf diese Weise ist das eingetreten, was durch die Fixierung hätte verhindert werden sollen. (vgl. Becker et al. 2007, S. 24)

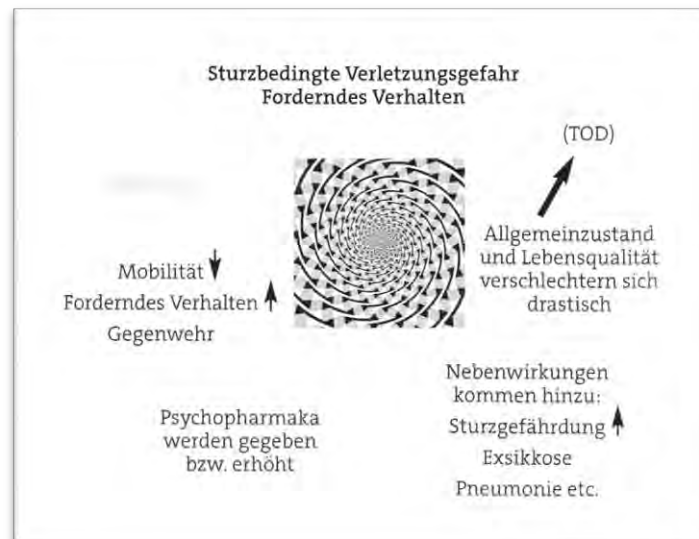


Abbildung 1: "Negativspirale" nach bewegungseinschränkenden Maßnahmen (Becker et al. 2007, S. 24)

Aufgrund der möglichen Nebenwirkungen von Psychopharmaka ist es vor allem für die Bezugspersonen von wichtiger Bedeutung, diese erkennen zu können. Mögliche Nebenwirkungen zeigen sich laut

Becker et al. (2007), indem die Betroffenen gebückter und steifer gehen, das Gangbild unsicher und kleinschrittiger wird, die Gesichtszüge ausdrucksloser werden, Schluckstörungen auftreten, die Betroffenen erstmals Stürze und ein Zittern in Händen und Kinn erleiden, und sich Bewegungsanomalien an Beinen, Armen, Rumpf sowie am Kopf bemerkbar machen. Außerdem können die Betroffenen nicht mehr still sitzen oder stehen bzw. die bereits vorhandene Unruhe verschlimmert sich. Nebenwirkungen am Herz-Kreislaufsystem zeigen sich indem Arrhythmien der Herzfrequenz, Hypo- oder Hypertonie, usw. auftreten. Komplikationen, die sich auf der kognitiv-zerebralen Ebene zeigen, können bei den Betroffenen depressive Episoden, Apathie, Verwirrtheit, Agitiertheit oder Unruhe sowie Halluzinationen hervorrufen. (vgl. Becker et al. 2007, S. 28f.) Fernerhin besteht das Risiko des Auftretens von indirekten Gefahren wie Infektionen, Thrombosen, Dekubitus, Pneumonie, Kontrakturen, Muskelatrophien, Gleichgewichtsverlusts sowie Zunahme von Harn- und Stuhlinkontinenz. Schlimmstenfalls können FBM sogar Herzversagen oder Erstickten verursachen und infolgedessen zum Tode führen. (vgl. Becker et al. 2007, S. 20)

Rubin et al. (1993) berichten über die häufigsten Einflussfaktoren und Formen für Todesfälle infolge von körperlichen FBM. Hier überwiegen die Erstickungstodesfälle infolge von körperlichen FBM. Die höchste Anzahl der dadurch Verstorbenen lag bei den 80 bis 89 Jahre alten PatientInnen, wobei die Mehrheit im Rollstuhl oder sitzend bzw. liegend im Bett verstarben. Ursachen dafür waren vorwiegend Bettseitenteile und Pflegehemden. (vgl. Rubin et al. 1993, S. 405)

Einer Studie von Saarnio und Isola (2010) zufolge zeigen die Ergebnisse sowohl positive als auch negative Konsequenzen, die körperliche FBM auf die BewohnerInnen ausüben können. Als positive Folgen wurde lediglich das Ermöglichen von Aktivitäten, wie Lesen, erwähnt. Dies konnte anhand des Therapietisches am Rollstuhl ermöglicht werden, indem dieser als Ablage für Zeitschriften oder Bücher diente. Zu den negativen Folgen zählten hingegen die Anfälligkeit der PatientInnen für gefährliche Situationen, physische und geistige Misshandlungen und Institutionalisierung. Gefährliche Situationen zeigten sich infolge von Versuchen über die Bettseitenteile zu

klettern oder von den Gurten erwürgt zu werden. Zu den physischen Misshandlungsformen gehören für die StudienteilnehmerInnen das Anwenden von körperlicher Kraft und Gewalt von Seiten der Pflegepersonen um die betroffenen BewohnerInnen ruhig zu halten. Als geistige Misshandlungsformen beschrieben die TeilnehmerInnen Situationen wo beschränkte BewohnerInnen von anderen MitbewohnerInnen isoliert wurden und wo betroffene BewohnerInnen angeschrien oder gegen ihren Willen beschränkt wurden. Die Institutionalisierung zeigte sich hingegen im Zusammenhang mit dem Funktionsverlust und der zunehmenden Müdigkeit mancher BewohnerInnen. Der Einsatz von FBM bei solchen BewohnerInnen reduziert die Körperfunktionen zusätzlich und kann letztendlich zu einem vollständigen Verlust der Mobilität führen, was die FBM-Anzahl an den betroffenen BewohnerInnen noch zusätzlich erhöhen kann. (vgl. Saarnio, Isola 2010, S. 3203)

Engberg et al. (2008) ermittelten in ihrer Studie ob ein möglicher Zusammenhang zwischen körperlichen FBM und einer niedrigeren physischen oder geistigen Gesundheit der BewohnerInnen besteht. Die Ergebnisse bestätigten einen Zusammenhang zwischen dem Einsatz von FBM und nachteiligen Folgen für die Gesundheit. Die Ergebnisse wurden sowohl praktisch als auch statistisch als signifikant beurteilt. (vgl. Engberg et al. 2008, S. 442)

2.5 Betroffene von FBM

Von FBM betroffen sind vor allem BewohnerInnen, die an Demenz leiden und sich bereits in einem fortgeschrittenen Stadium der Krankheit befinden. Demente Menschen leiden an Gedächtnis- und/oder Sprachstörungen oder an ihrem eingeschränkten Urteilsvermögen und/oder an ihrer eigenen beeinträchtigten Wahrnehmung (vgl. Cotter 2005). Solche BewohnerInnen stellen dadurch die Risikogruppe für Freiheitsbeschränkung dar (vgl. Becker et al. 2007, S. 18). Da sie oft auch aggressive Verhaltensweisen an den Tag legen, führt dies dazu, dass freiheitsbeschränkende Maßnahmen schneller ergriffen werden (vgl. Voyer et al. 2005).

BewohnerInnen, die von FBM besonders betroffen sind, leiden oft an somatischen Erkrankungen. Zu den möglichen somatischen Erkrankungen gehören laut Becker et al. (2007) zum Beispiel Infektionen, Hyper- und Hypoglykämie, Exsikkose, Schilddrüsenfunktionsstörungen, die eine Überfunktion mit Agitation mit sich ziehen kann, Blasenentleerungsstörungen sowie Parkinson-Syndrom. (vgl. Becker et al. 2007, S. 26)

2.6 Pflegepersonen und FBM

Das Anwenden oder Unterlassen einer FBM stellt für die Pflegepersonen nicht selten ein Dilemma dar. Das Einsetzen einer FBM löst bei den Pflegekräften einerseits Mitleid mit den BewohnerInnen (vgl. Saarnio, Isola 2010, S. 3202) und Schuldgefühle aus. Andererseits werden FBM als ein Weg gesehen, den BewohnerInnen ein Gefühl der Sicherheit zu geben (vgl. Saarnio et al. 2010, 3197) bzw. als Notwendigkeit, bei der sie keine andere Wahl haben. (vgl. Saarnio, Isola 2010, S. 3202) Außerdem sind manche PP der Ansicht, dass FBM grausam, schlimm und unbequem für die BewohnerInnen sein müssen, dass sich die BewohnerInnen sich davor fürchten und eingesperrt fühlen und dass FBM die Integrität der BewohnerInnen reduzieren. (vgl. Saarnio, Isola 2010, S. 3202) Nichtsdestotrotz sind manche DGKS der Ansicht, dass BewohnerInnen verletzlich und zerbrechlich sind und sie daher verpflichtet sind, für die BewohnerInnen und in deren Interesse Entscheidungen treffen zu müssen. In diesem Fall sind vor allem demente BewohnerInnen betroffen, da diese die Folgen nicht beschränkt zu werden nicht erkennen und auch nicht einschätzen können. (vgl. Karlsson et al. 2000, S. 846)

Der Studie von Saarino und Isola (2010) zufolge benutzen die PP Copingstrategien bzw. Bewältigungsmethoden, um mit den freiheitsbeschränkenden Situationen zu Recht zu kommen. Dazu gehören vor allem gemeinsames Arbeiten, Diskussionen über den Einsatz von FBM, über bereits bestehende Richtlinien, gemeinsame Entscheidungsfindungen sowie das gemeinsame Assessment. Auch die BewohnerInnen zeigen Bewältigungsmethoden um mit solchen Situationen klar zu kommen. Diese hängen jedoch von der emotionalen Stärke, der religiösen Überzeugung der BewohnerInnen sowie von den Angehörigen und von der beruflichen Zuverlässigkeit des Pflegepersonals ab. (vgl. Saarnio, Isola 2010, S. 3202)

Eine von Karlsson et al. (2000) durchgeführte Studie besagt, dass DGKS/P, die sich vorerst für eine Entfernung der FBM entschieden haben,

ihre Meinungen dazu ändern würden, falls Zeiten von Personalmangel eintreten würden, falls die BewohnerInnen gesund wären und sich bezüglich Anwenden von FBM äußern könnten, wenn die BewohnerInnen sturz- und/oder verletzungsgefährdet wären, da es die Pflicht einer/s jeden DGKS/P ist, für die BewohnerInnen sicher zu sorgen. Außerdem würden einige der DGKS/P ihre Meinung ändern und den Gurt einsetzen, falls die diese FBM ärztlicherseits angeordnet wäre und wenn die Angehörigen einen solchen Wunsch äußern würden. (vgl. Karlsson et al. 2000, S. 847)

Für die PP stehen die Sicherheit der BewohnerInnen sowie die Information der Angehörigen an vorderster Stelle. Unprofessionelles Verhalten seitens des Pflegepersonals tritt in Situationen auf, in denen sich die BewohnerInnen den FBM widersetzen, wenn sich die BewohnerInnen verbal nicht mitteilen können oder wenn sie über die bevorstehenden Beschränkungen nicht informiert werden. Als weiterer wichtiger Punkt dieser Studie ist zu erwähnen, dass das Anwenden der FBM oft gar nicht oder nur die FBM an sich dokumentiert wurde. Außerdem wurden die Ursachen für das Beschränken nicht festgehalten und/oder die Dokumentation an sich war unvollständig. (vgl. Saarnio, Isola 2010, S. 3202)

Einer Studie von Hamers et al. (2009) zufolge wurden die Gewohnheiten von niederländischen, holländischen und schweizerischen Pflegepersonen in Hinblick auf das Anwenden von FBM/FEM in Pflegeheimen untersucht. Die Ergebnisse zeigten, dass die befragten Pflegepersonen im Allgemeinen eine neutrale Meinung zum Anwenden von körperlichen Freiheitsbeschränkungen hatten, beurteilten jedoch das Anwenden als eine geeignete Maßnahme für die Pflegepraxis. Geschlecht und Alter der Pflegepersonen spielten bei den Gewohnheiten keine große Rolle. Pflegepersonen mit längeren Berufserfahrungen zeigten eher negative Gewohnheiten was das Anwenden von FBM betrifft. Während das Anwenden von beidseitigen Bettseitenteilen als eine mildere Freiheitsbeschränkung angesehen wurde, waren die Interviewten der Ansicht, dass die Fixiergurte die am meisten beschränkende Maßnahme seien. Außerdem äußerten sie Unbehagen beim Anwenden dieser Maßnahmen. (vgl. Hamers et al. 2009)

Saarnio et al. (2008) führten eine Studie durch, um die individuellen, gemeinschaftlichen und alternativen Handlungsmethoden beim Anwenden von körperlichen FBM in finnländischen Pflegeeinrichtungen für alte Menschen zu ermitteln. Die Ergebnisse dieser Studie zeigten - im Gegensatz zur Studie von Hamers et al. (2009) - dass über 50-jährige DGKS und diejenigen mit der längsten Berufserfahrung, d.h. über 20 Jahre, mehr individuelle Methoden in Situationen verwenden, wo körperliche FBM zum Einsatz kommen, wie zum Beispiel den Betroffenen erklären warum und wie sie eine FBM anwenden. DGKS jünger als 20 Jahre, StellvertreterInnen und jene die nicht an einer Weiterbildung teilnahmen, interagierten weniger mit den PatientInnen und informierten sich auch weniger über das Anwenden einer körperlichen FBM. Das regelmäßige Besuchen von Weiterbildungen zum Thema Pflege alter Menschen führte dazu, dass mehr individuelle und alternative Methoden zum Einsatz kamen. Solche alternativen Methoden waren ein verständnisvoller Umgang und die Unterhaltung mit älteren Menschen. Während der Weiterbildungen wurde das Anwenden von physischen FBM oft diskutiert, wenige jedoch hatten verschriftlichte Leitlinien für das Anwenden von körperlichen FBM. (vgl. Saarnio et al. 2008, S. 132)

Einige DGKS, die an der Studie von Karlsson et al. (2000) teilnahmen, würden ihre Meinung bezüglich Anwennde von FBM ändern, falls das Anwenden von FBM von der *National Board of Health and Welfare* sowie auch von den Stationsärzten verboten werden würde. Weiters würden sie von einer Anwendung absehen, wenn auch die Angehörige gegen das Anwenden von FBM sein sollten und es stets genügend Pflegepersonal zur Verfügung stünde. Außerdem wäre den DGKS geholfen, wenn ihnen bekannt wäre, dass der/die Bewohner/in als er/sie noch gesund war sich gegen eine FBM entschieden hätte. In diesem Fall würden einige DGKS ihre Meinung bezüglich der Maßnahmen ändern. (vgl. Karlsson et al. 2000, S. 847)

2.7 Reduzierung von FBM

Zu den Gründen, die für die Reduzierung von FBM sprechen, zählen in erster Linie die BewohnerInnen vor Schäden zu schützen und zu bewahren, vor allem dann wenn sie unruhig sind und wenn sie unglücklich darüber sind, beschränkt werden zu müssen. Weiters sollen die BewohnerInnen, wie bereits erwähnt, ihre Autonomie wahren können. Dies soll ermöglicht werden, indem sie selber Entscheidungen treffen können, insbesondere im Bezug auf FBM. Ebenso soll die persönliche Integrität der BewohnerInnen geachtet und respektiert werden. Gleichermassen sollten die BewohnerInnen keine Erfahrungen machen müssen, in ihrer Freiheit beschränkt zu werden. Auch für die PP würde eine Reduzierung der FBM zu Nutzen kommen, und zwar würde ihnen das Anwenden von Kraft und Gewalt in der Pflegepraxis erspart werden. (vgl. Karlsson et al. 2000, S. 845)

Im Bezug auf die Reduzierung von FBM wurden bereits etliche Studien bzw. Untersuchungen durchgeführt. In diesem Zusammenhang wurde vielfach versucht Schulungsprogramme in der geriatrischen Pflege zu integrieren, um eine Reduzierung von FBM voranzutreiben.

Darcy (2007) implementierte evidenzbasierte Leitlinien in Bezug auf körperliche FBM in einem Pflegeheim. In ihrem Bericht über die Untersuchung demonstriert sie, dass wirksame klinische Führungsarbeit und evidenzbasierte Forschung, mit einer Strategie und Kombination von Prüfung, Feedbacks und Nachprüfung, zu einem wirksamen Veränderungsmittel werden und somit die klinische Praxis eines Altenpflegeheimes verbessern kann. Die Ziele dieses Projektes waren das Wissen sowie das Bewusstsein der Pflegepersonen zu den FBM zu steigern, die Bewertung und Nutzung der FBM-Praktiken zu verbessern, sowie die Menge und Art der eingesetzten FBM zu verringern bzw. zu minimieren und abzusichern, dass die am wenigsten einschränkenden bzw. beschränkenden Mittel eingesetzt werden. Den Ergebnissen zufolge zeigten sich deutliche Verbesserungen in der Überprüfung. (vgl. Darcy 2007, 458)

Robertson et al. (2001) ermittelten in ihrer Studie die Wirksamkeit und ökonomische Effektivität eines von einer gelernten Krankenschwester angebotenen Übungsprogramms für Zuhause zur Reduzierung von Stürzen und Verletzungen bei älteren Menschen. (vgl. Robertson et al. 2001) Ein Übungsprogramm für Zuhause scheint erfolgreich zu sein, wenn es von Physiotherapeuten oder von dafür ausgebildeten DGKS/DGKP angeboten wird. Das Übungsprogramm bestand aus einer Reihe von Muskelaufbauübungen und aus Übungen um das Gleichgewicht zu trainieren, sowie in der Planung von Spaziergängen. Das Programm wurde während fünf Hausbesuche vom Trainer individuell gestaltet. Die Anzahl der Wiederholungen der einzelnen Übungen um die Muskelmassen zu kräftigen, wurde bei jedem Hausbesuch erhöht. Von den TeilnehmerInnen wurde erwartet, dass sie mindestens drei Mal wöchentlich für 30 Minuten trainierten und dass sie für ein Jahr mindestens zwei Mal die Woche spazieren gingen. Die Ergebnisse zeigten, dass die Zahl an Stürzen durch das Übungsprogramm um 46% reduziert werden konnte. Zudem konnten schwere Verletzungen und Krankenhauseinweisungen aufgrund von Stürzen verringert werden. Von der Kontrollgruppe wurden 5 TeilnehmerInnen aufgrund von Sturzverletzungen ins Krankenhaus eingeliefert. In der Übungsgruppe verletzte sich niemand. (vgl. Robertson et al. 2001)

Ebenfalls starteten Testad et al. (2005) ein Schulungsprogramm für Pflegepersonen, um Problemverhalten und die Verwendung von FBM bei demenzten Patienten zu reduzieren. Die Intervention bestand aus einem ganztägigen Seminar, gefolgt von einer einstündigen Sitzung pro Monat, die sich über sechs Monate zog. Der Inhalt des Schulungsprogramms konzentrierte sich auf den Entscheidungsprozess bei der Anwendung von FBM und Alternativmethoden. Ziel war die Anzahl der Beschränkungen pro BewohnerIn im Pflegeheim innerhalb einer Woche und die Agitation der BewohnerInnen (vgl. Testad et al. 2005, S. 587) anhand des BARS („Brief Agitation Rating Scale“) (Testad et al. 2005, S. 587) zu messen. Nach der Intervention reduzierte sich die Anzahl an FBM in der Interventionsgruppe um 54% und stieg um 18% in der Kontrollgruppe. Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen war statistisch signifikant. (vgl.

Testad et al. 2005, S. 587) Obwohl sich das Problemverhalten nicht veränderte bzw. die Verhaltensauffälligkeiten gleich blieben bzw. sich leicht erhöhten, führte das Schulungsprogramm zu einer signifikanten Reduktion des Einsatzes von FBM bei älteren BewohnerInnen mit Demenz. Diese Ergebnisse legen nahe, dass Schulungsprogramme die Qualität der Versorgung von Menschen mit Demenz verbessern können. (vgl. Testad et al. 2005, S. 587)

Im Bezug auf die Anwendung von Bettseitenteilen in der Nacht prüften Capezuti et al. (1999) die Wirkung der Entfernung solcher nächtlichen Beschränkungen. Hierfür wurden zwei BewohnerInnengruppen verglichen. Während eine Gruppe aus BewohnerInnen bestand, die vor und nach der Intervention im Bett beschränkt wurden, setzte sich die andere aus BewohnerInnen zusammen, die nur vor der Intervention in ihrer Freiheit im Bett beschränkt worden waren. Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigten keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen bezüglich Stürzen. Das Entfernen von nächtlichen Bett-Beschränkungen führte auch nicht zu einer Erhöhung der Sturzanzahl bei älteren PflegeheimbewohnerInnen. (vgl. Capezuti et al. 1999, S. 157)

Die Ergebnisse einer weiteren Studie von Capezuti et al. (2002) zur Reduzierung von Bettseitenteilen in der Nacht und angesichts eines Zusammenhangs zwischen den beidseitigen Bettseitenteile und bettbezogenen Stürzen oder Verletzungen bei den PflegeheimbewohnerInnen, zeigten am Anfang dieser Studie eine Erhöhung des Anteils der beidseitigen Bettseitenteile bei allen drei untersuchten Pflegeheimen. Es gab keinen Hinweis auf ein vermindertes Risiko von Stürzen oder rezidivierenden Stürzen in Zusammenhang mit den beidseitigen Bettseitenteilen. Ebenso verminderten die beidseitigen Bettseitenteile nicht das Risiko für rezidivierende Stürze. (vgl. Capezuti et al. 2002, S. 90)

Während der Untersuchung von Koczy et al. (2011) besuchten die Pflegepersonen der untersuchten Pflegeheime eine sechsstündige Schulung. Das Schulungsprogramm bestand aus einer Aufklärung über die Gründe und negativen Auswirkungen für und von FBM sowie über Alternativme-

thoden zu den FBM. Zusätzlich wurden für die Studie technische Hilfsmittel wie Hüftprotektoren und Sensor-Matten zur Verfügung gestellt. Ziel des Trainings bzw. der Schulung war die Wirkmittel zur Prävention von Stürzen und Verhaltensauffälligkeiten zu ändern und somit von den FBM wegzukommen. Weiters wurde danach gestrebt, drei Monate nach Beginn der Intervention an drei aufeinanderfolgenden Tagen die körperlichen FBM vollständig einzustellen sowie die Anzahl an FBM und Psychopharmaka, den Anteil der Stürze und des Auftretens von Verhaltensauffälligkeiten zu reduzieren. (vgl. Koczy et al. 2011, S. 333) Am Ende der Studie zeigten die Ergebnisse, dass die Wahrscheinlichkeit für die BewohnerInnen der Interventionsgruppe, in deren Freiheit nicht beschränkt zu werden mehr als doppelt so hoch war, wie in der Kontrollgruppe. Eine zum Teil durchgeführte Reduktion von FBM wurde auch etwa doppelt so häufig in der Interventionsgruppe, wie in der Kontrollgruppe erreicht. Auch Bezüglich der Reduktion medikamentöser FBM oder Verhaltensauffälligkeiten wurden keine negativen Auswirkungen beobachtet. Der Anteil der Stürze war während der Untersuchung in der Interventionsgruppe jedoch höher als in der Kontrollgruppe. Außerdem wurden in jeder Gruppe zwei Frakturen dokumentiert. (vgl. Koczy et al. 2011, S. 338)

Ebenso zeigten die Ergebnisse der Studie von Huizing et al. (2009) keine Wirkung der Schulungsintervention auf die Anzahl der angewendeten FBM, oder auf die FBM-Intensität. Diese Intervention bestand aus einem Ausbildungsprogramm für das Pflegepersonal bei der die Beratung durch eine spezialisierte DGKS durchgeführt wurde. Darüber hinaus traten nur kleine Veränderungen in der Art der Beschränkungen bei den BewohnernInnen in der Interventionsgruppe auf. Laut Huizing et al. (2009) hatte das Bildungsprogramm für das Pflegepersonal keinen Einfluss auf das reduzierte Anwenden von körperlichen FBM bei diesen PflegeheimbewohnerInnen. Huizing et al. (2009) sind der Ansicht, dass um die körperlichen FBM zu reduzieren, zusätzlich zur Bildung und Beratung, neue Maßnahmen entwickelt werden sollten. (vgl. Huizing et al. 2009, S. 1139)

In Anbetracht dieser zwei Studien zur Reduzierung von FBM erscheint es der Autorin auch wichtig, die Untersuchung von Moore und Haralambous

(2007) in Bezug auf mögliche Hindernisse, die einer Reduzierung von FBM im Wege stehen könnten, zu erwähnen. Zu diesen Barrieren gehören Angst vor Verletzungen bei den BewohnerInnen von Seiten des Pflegepersonals, Personal- und Ressourcenmangel, mangelnde Informationen und Weiterbildungen zum Thema FBM und Alternativmethoden sowie Umwelt, Politik und Management. Überzeugungen und Erwartungen von Seiten der MitarbeiterInnen, Familien und BewohnerInnen sowie unzureichende Überprüfung der FBM-Praktiken und Kommunikationsbarrieren stellen weitere Hindernisse dar. (vgl. Moore, Haralambous 2007, S. 532)

Ebenso ist Darcy (2007) der Ansicht, dass effektive Veränderungsprozesse im Bezug auf FBM nur dann erreicht werden können, wenn es einen guten Grund dafür gibt oder wenn eine Notwendigkeit von Veränderungen besteht, und wenn die Pflegepersonen über das entsprechende Wissen verfügen. Durch gute Führungsarbeit und Weiterbildungen können Ängste und Mythen gebannt und somit die Leistung verbessert werden. (vgl. Darcy 2007, S. 458)

Nichts desto trotz deutet die Mehrheit der Forschungsergebnisse darauf hin, dass Programme zur Reduzierung von körperlichen FBM, die eine aufklärende bzw. erzieherische Komponente enthalten sowie die Entfernung von FBM und Interventionen, die an den Bedürfnissen der BewohnerInnen individuell angepasst werden, sich als sinnvoll bzw. erfolgreich erwiesen, um die Anzahl der FBM zu verringern. (vgl. Godkin, Onyskiw 1999) Die Umsetzung der meisten Programme zur Reduzierung von FBM ergab keine negativen Auswirkungen für die betroffenen BewohnerInnen und auch nicht für Pflegepersonen, sondern vielmehr übten diese einen positiven Einfluss auf das Wissen und die Einstellungen der Pflegepersonen bezüglich Umgang mit FBM aus. Die Umsetzung von solchen Programmen sowie die Erfolge dieser Programme können durch laufende obligatorische Bildungsprogramme für Mitarbeiter, individuelle Bewertungen sowie durch die Umsetzung geeigneter Maßnahmen für die BewohnerInnen und eine angemessene administrative Unterstützung gefördert werden. (vgl. Godkin, Onyskiw 1999)

3 Alternativmethoden

3.1 Überlegungen

Bevor eine Alternativmethode zum Einsatz kommt, ist es wichtig, körperliche Bedürfnisse oder medizinische Erkrankungen abzuklären, welche Verhaltensauffälligkeiten sowie Mobilitätseinschränkungen hervorrufen können und diese auch zu behandeln. Beispiele für solche Erkrankungen sind psychiatrische Erkrankungen wie akuter Verwirrtheitszustand (Delir), Halluzinationen, Entzugssyndrome jeglicher Art und insbesondere Depressionen. Weiters sollte auch in Betracht gezogen werden, dass die BewohnerInnen Schmerzen haben, medikamentöse Nebenwirkungen durchleiden oder einfachen Grundbedürfnissen nicht nachkommen können, wie Hunger, Durst, Bewegungsdrang oder Stuhl- und Harndrang. (vgl. Becker et al. 2007, S. 26)

Becker et al. (2007) zeigen als Alternativen drei allgemeine Handlungsvorschläge auf, um mit sturzgefährdeten und verhaltensauffälligen BewohnerInnen bestmöglich umgehen zu können.

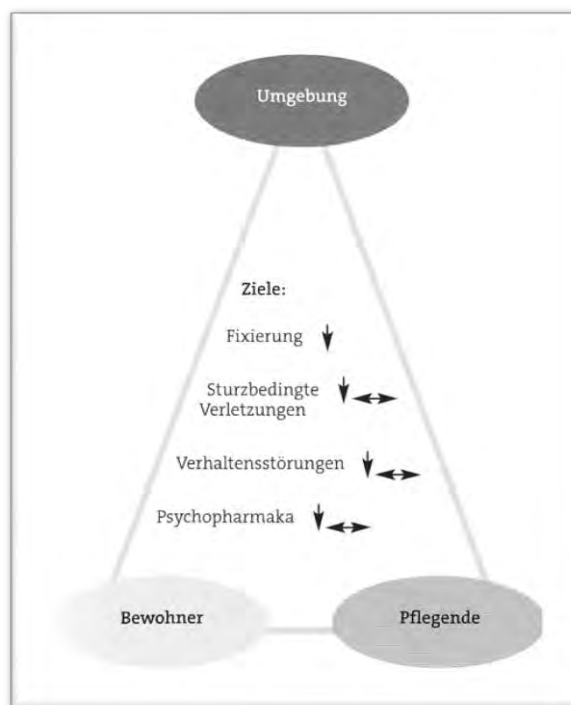


Abbildung 2: Mögliche Interventionsebenen (Becker et al. 2007, S. 33)

3.1.1 Umgebungsebene

Die erste Empfehlung bezieht sich auf die Umgebungsebene. Diese betrifft vor allem „Interventionen, die das psychosoziale und baulich-architektonische Milieu der Einrichtung betreffen.“ (Becker et al. 2007, S. 32) Von Bedeutung sind hier die Anpassung der Umgebung, elektronische und technische Hilfsmittel, usw. (vgl. Becker et al. 2007, S. 32)

Die Umgebungsebene ist charakterisiert durch das psychosoziale Milieu wie wertschätzende und empathische, akzeptierende und im Sinne der Validationstechnik auf die Welt der Betroffenen eingehende Haltung. Die Betroffenen sollten in diesem Sinne nicht in die Realität zurückgeholt werden. Der Tagesablauf soll klar strukturiert und so weit wie möglich an den Bedürfnissen der Betroffenen ausgerichtet werden. Die Bezugspflegerperson soll ein für die Betroffenen vorhersehbares und kontinuierliches Verhalten an den Tag legen. Sie sollte außerdem paradoxe Verhaltensweisen der BewohnerInnen akzeptieren. Bei einer veränderten Kommunikation, insbesondere bei dementen BewohnerInnen, sollte die Pflegeperson nicht dagegen argumentieren, sondern vielmehr eine deutliche, einfache und klare Sprachtechnik anwenden. In bereits fortgeschrittenen Krankheitsstadien soll die Pflegeperson vermehrt körperbetont mit den Betroffenen umgehen. Weiters wichtig ist, die dementen Menschen nicht mit Defiziten zu konfrontieren, sondern vielmehr auf deren Fähigkeiten einzugehen. Nicht zuletzt erwähnen Becker et al. (2007) die Wichtigkeit, sinnvolle Rituale oder Beschäftigungsmöglichkeiten anzubieten, wie zum Beispiel hauswirtschaftliche Aktivitäten. (vgl. Becker et al 2007, S. 34)

Die Umgebungsebene wird auch durch ein bauliches Milieu charakterisiert, das den BewohnerInnen Schutz- und Sicherheitsmaßnahmen bieten soll. Dazu zählen genügende Beleuchtung auch nachts, sowie mobile Pflegeleuchten als Sensoren, höhenverstellbare Betten sowie Sitzhöhenanpassungen, Alarmsysteme wie Sensormatten, Bodenmatratzen, die vor das Bett gegeben werden, Gemeinschaftsräume, Tagesräume, Beschäftigungsräume, welche auch die Sinne anregen zum Beispiel anhand einer Snoezelecke. (vgl. Becker et al. 2007, S. 35) Eine solche Snoezelecke

bietet den BewohnerInnen die Gelegenheit, seinen/ihren Gedanken freien Lauf zu lassen, abzuschalten und zu entspannen. Somit können neue Ideen entwickelt, neue Kraft geschöpft und das Gleichgewicht wieder gefunden werden. (vgl. Ling 2011).

Besonders wichtig um die Sturzgefahr vorzubeugen ist die Beseitigung von sämtlichen Hindernissen und möglichen Stolperfallen. Bequeme Wohn- und Schaukelsessel sollten zur Verfügung gestellt sowie ein vertrautes, wohnliches Ambiente geschaffen werden. Hierzu eignen sich vor allem alte Fotos, Bilder oder warme Farben. Um den dementen BewohnerInnen das Auffinden von Toiletten oder Schlafzimmern zu vereinfachen, helfen Orientierungshilfen. (vgl. Becker et al. 2007, S. 35) „Diskrete (möglichst versteckte) Sicherungs- und Schutzmaßnahmen unter Ermöglichung eines maximalen Freiheits- und Bewegungsspielraums (z. B. Türbemalung, visuelle Barrieren vor Türen, Blumenarrangements, Endlos-Rundgänge, Haltegriffe)“ (Becker et al. 2007, S. 35) sollten nach auch ins bauliche Milieu integriert werden.

3.1.2 Ebene der Pflegekräfte

Der zweite Vorschlag betrifft die Ebene der Pflegekräfte. Diese bezieht sich auf „Interventionen, die die Haltung der Pflegenden und Organisation der Einrichtung betreffen: Arbeitsorganisation, personenorientierte Pflege, Bezugspflege, etc.“ (Becker et al. 2007, S. 32)

Zu dieser Ebene zählen das gezielte integrieren von Gefühlen und Beziehung in die Interaktion mit dementen BewohnerInnen, die Durchführung einer holistischen, personen- und bedürfnisorientierten Pflege sowie eine kontinuierlichen Bezugspflege, von Fallbesprechungen und Supervision. Außerdem ist es hier wichtig einzelne BewohnerInnen oder Kleingruppen zu betreuen, die Arbeitsorganisation an den Bedürfnissen der dementen BewohnerInnen anzupassen. Fortbildungen sollten hier nicht vergessen werden genauso wenig wie die Möglichkeit für Selbsterfahrungen zu schaffen. (vgl. Becker et al. 2007, S. 36)

3.1.3 Bewohnerebene

Die Bewohnerebene ist Ziel der dritten Empfehlung. Diese „bezieht sich auf Interventionen, die direkt an der Person ansetzen und das individuelle Risikoprofil berücksichtigen: aktivierende Kleingruppen, Snoezelen, Validation, Maßnahmen zur Sturzprophylaxe etc.“ (Becker et al. 2007, S. 32) Hierzu zählen der Einsatz von technischen Hilfsmitteln und Mobilitätshilfen wie Antirutsch-Stuhlaufgaben, Aufstehhilfen, Hüftprotektoren, Antirutschsocken, elektronische Hilfsmitteln wie Alarmsysteme oder Sensormatten. (vgl. Becker et al. 2007, S. 37) Diese werden in weiterer Folge näher ausgeführt. Kraft-, Geh- und Balancetraining sowie Kontinenztraining sollten durchgeführt werden. Vor allem bei Unruhe sollten regelmäßige Toiletten-gängen ermöglicht werden. Die Selbstbestimmtheit und Selbstständigkeit sollte so weit wie möglich zugelassen werden, Biographiearbeit sollte stattfinden. Dabei sollten Tages- und Nachtsstrukturen sowie individuelle Bedürfnisse, Vorlieben und Gewohnheiten erfragt werden. Auch an dieser Stelle sollte wieder die Validationsmethode zum Einsatz kommen, indem die Pflegepersonen die an Demenz erkrankten BewohnerInnen dort abholen, wo sie sich gerade befinden, und unklare Verhaltensweisen akzeptieren sowie versuchen, die zugrundeliegende Ängste, Gefühle oder Bedürfnisse zu verstehen. Die Integration der BewohnerInnen sollte in Kleingruppen stattfinden, um das Gemeinschaftsgefühl aufleben zu lassen und um das Bedürfnis nach Bestätigung zu erfüllen. Bei Problemverhalten sollte das Risikomanagement in Erwägung gezogen werden. (vgl. Becker et al. 2007, S. 37) Weisen Bewohnerinnen Bewegungsdrang auf, so sollten ausreichende Bewegungsmöglichkeiten geschaffen werden, zum Beispiel anhand von Krankengymnastik, Spaziergängen, usw. Die BewohnerInnen sollten aktiviert, beschäftigt und stimuliert werden ohne sie zu überfordern. Im Umgang mit Dementen eignen sich auch Methoden wie Musiktherapie, Snoezelen oder Basale Stimulation. Die Pflegepersonen sollten außerdem die BewohnerInnen vor Selbstverletzungen schützen, zum Beispiel durch einen Overall, wenn die Gefahr der Manipulation an einem Blasendauerkatheter oder das Verwenden von Sensoren, wenn Weglauf-tendenz oder Unruhe besteht. Nicht zu letzt sollten nicht-medikamentöse

Maßnahmen stets den medikamentösen vorzuziehen. (vgl. Becker et al. 2007, S. 38)

3.2 Hüftprotektoren

Becker et al. (2007) zufolge sind Oberschenkelhalsfrakturen, „die häufigsten sturzbedingte Verletzungen bei älteren Menschen.“ (Becker et al. 2007, S. 41) Dass Hüftprotektoren einen wirkungsvollen Schutz darstellen, haben bereits mehrere Untersuchungen gezeigt. (vgl. Becker et al. 2007, S. 41)

Becker et al. (2007) sind der Ansicht, dass das bloße zur Verfügung stellen der Hüftprotektoren durch die Pflegepersonen nicht ausreichend ist, sondern dass die Kompetenz und die Motivation der Pflegepersonen eine wichtige Rolle für die Wirksamkeit dieser Präventivmaßnahme spielt. Durch die kognitive Beeinträchtigung mancher betroffenen BewohnerInnen ist die Akzeptanz und die Tragehäufigkeit der Hüftprotektoren zu gering und der Sinn dieser ist für viele oft nicht nachvollziehbar. In diesem Sinne ist es wichtig, dass die Betroffenen von den Pflegepersonen aufmerksam gemacht werden, diese zu Tragen damit sie auch wirken und nützen können. (vgl. Becker et al. 2007, S. 41)

Die Wirkprinzipien der Hüftprotektoren zeichnen sich aus, indem sie einerseits die Kraft in das umliegende Gewebe ableiten (Hartschale), andererseits die Aufprallenergie in einem Polster (Softprotektoren) vernichten. (vgl. Becker et al. 2007, S. 42) Jedoch birgt insbesondere das Hartschalenmodell einen beträchtlichen Nachteil auf, und zwar die mangelnde Bereitschaft der Betroffenen, diesen im Sitzen oder im Liegen zu tragen. (vgl. Becker et al. 2007, S. 42)



Abbildung 3: Hüftprotektoren Slips mit integrierten Protektoren (vgl. Suprima, 2008)



Abbildung 4: Hüftprotektoren Slips mit integrierten Protektoren (vgl. Suprima 2008)

3.3 Antirutsch-Hausschuhstrümpfe

Das Wegrutschen aufgrund von unsicheren Schuhwerken oder Hausschuhen ist oft Ursache von Unsicherheiten beim Gehen oder beim Aufstehen. Durch Antirutschsocken kann jedoch dagegen gewirkt werden, da sie durch eine gummierte Sohle dem Ausrutschen zuvorkommen. Der Vorteil dieser Socken ist, dass sie von den älteren Menschen gut toleriert

werden, da sie meistens kalte Füße haben und daher gerne Socken tragen. Jedoch weisen sie auch Nachteile auf, und zwar sollten solche Antirutsch-Hausstrümpfe nicht auch noch mit Hausschuhen getragen werden, denn dies kann die Sturzgefahr erhöhen. (vgl. Becker et al. 2007, S. 46)



Abbildung 5: Antirutsch-Hausschuhstrumpf (Becker et al. 2007, S. 46)

3.4 Niederflurbetten

Betten mit einer Höhe von < 30 cm verringern die Verletzungsgefahr durch das Herausfallen aus dem Bett und die Betroffenen können aufgrund der niedrigen Höhe nicht mehr alleine aufstehen, sodass auch das Sturzrisiko vermindert wird. (vgl. Becker et al. 2007, S. 47)

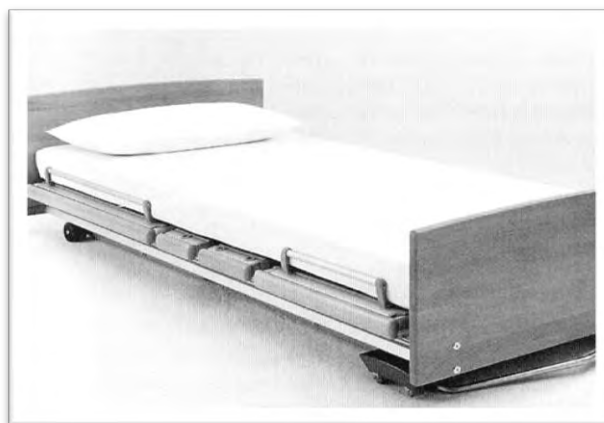


Abbildung 6: Niederflurbett (Becker et al. 2007, S. 47)

3.5 Sensormatten

Die Sensormatten eignen sich vor allem bei Demenzen BewohnerInnen, die die Tendenz aufweisen aus dem Bett zu steigen, ohne Hilfe anzufordern. Becker et al. (2007) sind der Ansicht, dass gerade solche Menschen die eigenen Fähigkeiten überschätzen und/oder dass sie die übliche Ruf- tonanlage aufgrund ihrer Erkrankung nicht bedienen können. (Becker et al. 2007, S. 44) „Die Matte wird auf der Seite, auf der die Person gewöhnlich das Bett verlässt, am Fußboden befestigt und mit der Ruf- tonanlage gekoppelt.“ (Becker et al. 2007, S. 44) Die Sensormatte ist relativ dünn, sodass sie von den Betroffenen nicht bemerkt wird. Außerdem ist keine zusätzliche Sturzgefährdung gegeben. Ehe der/die Betroffene mit den Fü- ßen die Matte berührt, löst diese einen Ruf- ton aus. Da die betroffenen Personen sich gewöhnlich aufsetzen und dann erst langsam aufstehen, kann die Pflegeperson meistens rechtzeitig reagieren. Beim Einsatz der Sensormatten ist es wichtig, dass dieser gezielt erfolgt. (vgl. Becker et al. 2007, S. 44 f.) „Nur wenn allen Pflegekräften der Grund des Einsatzes deutlich ist, kann entsprechend reagiert werden.“ (Becker et al. 2007, S. 45) Außerdem muss beachtet werden, dass bei BewohnerInnen, die sehr oft aufstehen, auf die Rufe eventuell nicht immer reagiert wird. Des Weiteren ist es wichtig, die Gebrauchsanweisungen der jeweiligen Herstellerfir- ma genau durchzustudieren. (vgl. Becker et al. 2007, S. 45)



Abbildung 5: Sensormatte (Sentec 2011)

3.6 Bettsensor

Eine weitere Alternativmethode ist die alarmierende Bettmatte, welche unter der Matratze positioniert wird. Sie ist für den/die Bewohner/in nicht sichtbar oder spürbar. Sobald der/die Betroffene das Bett verlassen will, sendet der Bettsensor einen Alarm, welcher auch an die Rufanlage angeschlossen werden kann, sodass die PP dem/der Bewohner/in sofort zu Hilfe eilen kann. Die Sturzrate kann dadurch vermindern werden ohne die BewohnerInnen in ihrer Freiheit beschränken zu müssen. (vgl. Sentec 2011)



Abbildung 7: Die Bettmatte SensBed® (Sentec 2011)

3.7 Bettbalken

Eine weitere noch früher alarmierende Methode ist der Bettbalken. Dieser, auch Sensorbalken oder Körperdruckmelder genannt, alarmiert an die PP bereits wenn der/die Bewohner/in noch Querbett sitzt und er/sie mit den Füßen den Boden noch gar nicht berührt. Weiters gibt der Bettbalken Sicherheit, da er keine Stolperfalle verursacht und somit die Sturzgefahr noch einmal reduziert. Der Bettbalken hat sich durch die einfache Installation und durch die lange Nutzungsdauer bewährt. (vgl. Medical Trade Oblak KG 2011)



Abbildung 8: Der Körperdruckmelder PROVINOXX (Medical Trade Oblak KG 2011)

4 Der Entscheidungsprozess

Laut Becker et al. (2007) ist der Entscheidungsprozess anhand nachstehender sechs Schritte von ausschlaggebender Bedeutung, (vgl. Becker et al. 2007, S. 48) um FBM bestmöglich überprüfen und um eine vernünftige FBM oder Alternativmethoden anwenden zu können.

4.1 Analyse der Situation

Als erster Schritt sollte eine Betrachtung des IST-Zustandes durchgeführt werden, zum Beispiel anhand eines Brainstormings im Team. (vgl. Becker et al. 2007, S. 48) Um die IST-Situation zu analysieren sollten folgende Fragen gestellt werden:

(Becker et al. 2007, S. 48):

- Welches Problem liegt in der jetzigen Situation genau vor?
- Was genau stört wen?
- Hat die Person Schwierigkeiten und fühlt sie sich unwohl?
- Liegt eine Fremd- oder Selbstgefährdung vor? (Wann, wie oft und in welcher Situation?)
- Wie ist das Vertrauensverhältnis zwischen Bewohnerinnen bzw. Bewohnern, Pflegenden und den anderen Personen?

Entscheiden sich die Pflegepersonen für eine Veränderung des IST-Zustandes, so sollten alle Maßnahmen, die bisher durchgeführt wurden, noch einmal exakt betrachtet werden. (vgl. Becker et al. 2007, S. 49) Hier ist es wichtig, dass sich die PP folgendes überlegen.

(Becker et al. 2007, S. 49):

- Welche Maßnahmen wurden bisher eingesetzt?
- Wurden andere Maßnahmen bereits vorgezogen?
- Was wurde mit welcher Begründung verworfen?
- Was wurde bereits ausprobiert?

- Woran sind die Maßnahmen früher gescheitert?
- Welche Ziele (fachlich) wurden bisher verfolgt?

Außerdem sollte laut Becker et al. eine Risikoeinschätzung durchgeführt werden. (vgl. Becker et al. 2007, S. 49) Eine solche Einschätzung der Risiken betrifft nicht nur die BewohnerInnen, sondern auch ihre Angehörige und/oder VertreterInnen, die PP sowie die ÄrztInnen. (vgl. Becker et al. 2007, S. 49 ff) Dabei sollten zu jeder Gruppe folgende Fragen überdacht werden.

Die BewohnerInnen betreffend:

(Becker et al. 2007, S. 49):

- Welcher Art der Fixierung ist gewählt?
- Wie lautet die Begründung für diese Fixierung?
- Was könnten die kurz-, mittel- und langfristigen Folgen der Fixierung sein?
- Wie groß wäre die sogenannte Schadensgefahr durch die Fixierung und wenn wir nicht fixieren würden?
- Geht es vorrangig um die unmittelbare körperliche Unversehrtheit oder wollen wir die Mobilität der Bewohnerin/des Bewohners möglichst lange erhalten?

Die Pflegenden betreffend:

(Becker et al. 2007, S. 50):

- Welche Erwägungen treffen die Pflegenden?
- Wird die Fixierung als Schutzmaßnahme für die betroffene Person eingesetzt?
- Ist die Arbeitsbelastung hoch?
- Wie wird das „Arbeitsklima“ durch die Fixierungen beeinflusst?

Die Angehörigen oder andere gesetzlichen Betreuer/Bevollmächtigten betreffend:

(Becker et al. 2007, S. 50):

- Haben die Angehörigen das größere Sicherheitsbedürfnis?
- Welche Erwartungen haben sie gegenüber der Pflege?
- Was ist im Sinne der betroffenen Person?

Die Ärzte betreffend:

(Becker et al. 2007, S. 50):

- Ist medizinisch wirklich alles abgeklärt?
- Welche Medikamente sind angeordnet?
- Könnte es unerwünschte Neben- oder Wechselwirkungen geben?

Durch die Analyse des IST-Zustandes sollten Entscheidungen getroffen werden, die dem „Wohl und dem Willen [...] der betroffenen Person“ (Becker et al. 2007, S. 51) entsprechen.

4.2 Einschätzung der Alternativen

Als zweiter Schritt ist es wichtig zu erwägen, welche Ziele mit welchen alternativen Methoden erreicht werden können. Folgende Fragen sollten sich hier die im Entscheidungsprozess beteiligten Personen stellen:

(Becker et al. 2007, S. 51):

- 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?

Haben sich die beteiligten Personen für eine Handlungsmöglichkeit entschieden, so müssen bzw. sollten sie dennoch Vor- und Nachteile abwägen sowie mögliche Risiken einschätzen. Hier sollte folgendes beachtet werden (vgl. Becker et al. 2007, S. 52)

(Becker et al. 2007, S. 52):

- Die Sicherheit der betroffenen Person,
- Die Mobilität der Person,
- Das Sturz- und Verletzungsrisiko der Person,
- Die fordernden Verhaltensweisen der Person,
- Die allgemeine körperliche Verfassung der Person,
- Die Zufriedenheit und Lebensqualität der Person und
- Die Arbeitszufriedenheit der Pflegenden.

4.3 Entwicklung eines Maßnahmenplans:

Bevor die Entscheidung festgelegt wird, sollte noch eine Besprechung dieser mit möglichst allen beteiligten Personen stattfinden. Dazu gehören die Pflegekräfte, die Betroffene, die gesetzliche Betreuer bei fehlender Einwilligungsfähigkeit der Betroffenen, die Angehörige und evtl. der/die Stationsarzt/ärztin. (vgl. Becker et al. 2007, S. 52) Diese Personen sollten folgendes überdenken:

(Becker et al. 2007, S. 53):

- Welche Maßnahmen kommen konkret nach den bisherigen Überlegungen in Frage?
- Können wir diese verantworten oder nicht? (Risikoeinschätzung)
- Welche Hilfsmittel wären notwendig und lassen sich diese beschaffen?

Außerdem sollten je nach Entscheidung Ziele festlegen und fachlich begründen. (vgl. Becker et al. 2007, S. 53)

4.4 Entscheidungen treffen

Dieser Schritt umfasst die Entscheidung bezüglich „Umsetzung der Maßnahme, deren Steuerung und über die Evaluation“ (Becker et al. 2007, S. 54) Hier ist es wichtig folgendes abzuwiegen:

(vgl. Becker et al. 2007, S. 54):

- Wer entscheidet darüber, welche Maßnahme getroffen wird?
- Ist die betroffene Person einwilligungsfähig?
- Wenn nicht, gibt es einen gesetzlichen Betreuer bzw. einen Bevollmächtigten, der stellvertretend die Entscheidung trifft?
- Muss die Maßnahme vormundschaftsgerichtlich genehmigt werden?

4.5 Umsetzung der Maßnahme

Im fünften Schritt soll überlegt werden, wer für die Maßnahmendurchführung verantwortlich ist und wann ein Zeitplan festgelegt wird. (vgl. Becker et al. 2007, S. 54)

4.6 Beobachtung und Evaluation

Dafür soll laut Becker et al. (2007) ein Protokoll über Verlauf und Ergebnis der Maßnahmen erstellt werden. Dabei wird festgelegt, wann und durch wen die Maßnahme überprüft werden soll. Bei der Evaluation hingegen wird überprüft, ob die zuvor festgesetzten Ziele erreicht wurden und ob etwas angepasst oder modifiziert werden muss. (vgl. Becker et al. 2007, S. 55)

Diese sechs Schritte könnten laut Becker et al. eventuell als Muster und als Hilfe für Entscheidungsprozesse in der Pflegepraxis dienen. (vgl. Becker et al. 2007, S. 55)

5 Ethische Aspekte

Gastmans und Milisen (2006) identifizierten ethische Werte und Normen, die im Umgang mit FBM eingehalten werden sollen. Diese Werte und Normen bieten die ethische Grundlage für eine Reihe von konkreten Empfehlungen, die klinische und ethische Unterstützung für Betreuer geben, wenn sie Entscheidungen im Bezug auf FBM treffen müssen. Respekt für die Autonomie und das allgemeine Wohlbefinden der älteren Menschen, individualisierte Pflege, eine proportionale Beurteilung der Vor- und Nachteile, ein Schwerpunkt auf die Alternativen zu den FBM, eine interdisziplinäre Entscheidungsfindung und eine institutionelle Politik sind die zentralen Punkte, die es möglich machen, verantwortungsvoll mit dem Einsatz von körperlichen FBM gegenüber älteren Menschen in Pflegeheimen umzugehen. (vgl. Gastmans und Milisen 2006, S. 148)

Um unnötige FBM zu vermeiden, schlagen Gastmans und Milisen vor, FBM nur in Betracht zu ziehen, wenn spezifische Vorteile zu erwarten sind bzw. wenn es eine berechnete Erwartung gibt, dass diese Vorteile durch körperliche FBM erreicht werden können, wenn es keine praktischen Alternativmethoden gibt und wenn die Anwendung von körperlichen FBM die betroffenen BewohnerInnen so wenig wie möglich behindern. (vgl. Gastmans und Milisen 2006, S. 150 f.)

Wenn körperliche FBM angewendet werden, müssen bestimmte Maßnahmen genutzt werden, um die Menschenwürde der älteren Menschen so weit wie möglich zu achten und um Komplikationen zu vermeiden. Zu solchen Maßnahmen zählen eine kontinuierliche Überwachung des physischen Gesundheitsstatus, wie zum Beispiel die Hautfarbe, Bewegung und Empfindung der Extremitäten, die persönlichen Bedürfnisse, wie zum Beispiel der Toilettengang, Essen- und Flüssigkeitszufuhr, einen maximalen Schutz der Privatsphäre, eine Optimierung von psychosozialen Komfort und eine regelmäßige Unterbrechung der FBM. (vgl. Gastmans und Milisen 2006, S. 151)

Der Umgang mit körperlichen FBM beinhaltet eine schwierige Entscheidungsfindung, bei dem alle Beteiligte auf der Grundlage ihrer eigenen Kompetenz mitwirken müssen. Das Managementpersonal muss eine ethische Auffassung in Bezug auf physische FBM entwickeln. Eine Politik, die auf ethischen Werten basiert, kann dazu dienen, Pflegepersonen zu motivieren. Die Anwendung von körperlichen FBM sollte idealerweise gemäß vorher festgelegten evidenzbasierten Leitlinien, die von Verwaltungs- und Pflegepersonal anerkannt wurden und konsequent angewendet werden, stattfinden. (vgl. Gastmans und Milisen 2006, S. 151)

Die Verringerung der körperlichen FBM erfordert eine operative bzw. ein-satzbereite Handlungsweise. Elemente einer solchen Strategie wären unter anderem: die Anpassung an Umweltbedingungsfaktoren, wie zum Beispiel Architektur, Materialwahl, Ernennung von AnsprechpartnerInnen, ein interdisziplinärer Ansatz (einschließlich der PflegeheimbewohnerInnen und deren Angehörige), registrieren des Einsatzes von körperlichen FBM und Kommunikation über die verfolgte Handlungsweise. (vgl. Gastmans und Milisen 2006, S. 151)

Die Entwicklung einer ethischen Sicht von Richtlinien und Handlungsweisen geht Hand in Hand mit der ständigen Weiterbildung der Pflegepersonen in Bezug auf die Anwendung von FBM, ihre ethischen und rechtlichen Aspekte, deren Risiken und Indikationen, Alternativen, usw. Nicht zuletzt muss durch eine gute Kommunikation gewährleistet werden, dass alle Beteiligten die institutionelle Handlungsweise in Bezug auf physische FBM kennen. Weiters sollte auch im Pflorgeteam folgendes beachtet werden: Jede/r DGKS/P und jede/r Ärztin/Arzt kann die Anwendung von körperlichen FBM auf der Grundlage der Beobachtung einschätzen. (vgl. Gastmans und Milisen 2006, S. 151)

Der Antrag für eine FBM soll innerhalb des interdisziplinären Betreuungsteams diskutiert werden, und das Team soll die Einhaltung der institutionellen Handlungsweisen überwachen. Wenn eine körperliche FBM plötzlich und unerwartet zur Anwendung kommt, so muss und soll diese so bald wie möglich verlängert werden oder eine Alternativmethode sollte

dafür in Betracht gezogen werden. Außerdem sollte das Pflorgeteam alle Beteiligten über die Entscheidungen bzgl. FBM informieren. (vgl. Gastmans und Milisen 2006, S. 151)

Laut Gastmans und Milisen (2006) gibt es genügend empirische Belege für die Idee, dass körperliche FBM in vielen Fällen mehr Schaden als Nutzen verursachen. Darüber hinaus steht die Anwendung körperlichen FBM oft in Zusammenhang mit einem verhältnismäßigem Verstoß gegen den Grundsatz der Achtung der Autonomie der älteren Menschen. Das heißt aber nicht, dass Ausnahmefälle ausgeschlossen werden. Dennoch sollte der Fokus auf einer Suche nach den geeigneten Alternativmethoden liegen. Auf diese Weise wird versucht, ältere Menschen vor Schaden zu bewahren, zu schützen und ihre persönliche Freiheit so weit wie möglich zu respektieren. (vgl. Gastmans und Milisen 2006, S. 151)

VIII Methodisches Vorgehen

Obwohl in den letzten Jahrzehnten vermehrt Forschungsarbeiten zu den Themen Anwenden und Unterlassen von FBM sowie zur Implementierung von Schulungs- und Fortbildungsprogrammen zur Reduzierung von FBM durchgeführt wurden, haben andere Bereiche, wie die Emotionen und Sichtweisen der Pflegepersonen bisher wenig Beachtung erhalten. Vor allem im österreichischen Raum liegt noch sehr wenig Literatur zu diesem Thema vor. Dementsprechend bestehen immer noch zahlreiche Unklarheiten, Unsicherheiten und Meinungsverschiedenheiten von Seiten der Pflegepersonen.

1 Forschungsdesign

Sinn dieser Diplomarbeit ist es somit, die Sichtweisen der Pflegepersonen in Anbelangen der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen an BewohnerInnen, die in österreichischen Pflegeheimen untergebracht sind, zu ermitteln.

Durch Interviews soll erfragt werden, inwieweit die Pflegepersonen von Pflegeheimen über solche Maßnahmen informiert sind, und wie viel ihrerseits reflektiert wird, bevor zu einer solchen Einschränkung gegriffen wird. Daraus haben sich folgende Forschungsfragen ergeben:

- Wie erleben die Pflegepersonen das Setzen einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme an den BewohnerInnen?
- Warum werden v.a. demente BewohnerInnen in ihrer Freiheit beschränkt? Wie stehen die Pflegepersonen zu den freiheitsbeschränkenden Maßnahmen?

- Welche Wirkung haben –lt. Pflegeperson- freiheitsbeschränkende Maßnahmen auf die BewohnerInnen und ihre Lebensqualität?
- Wie viel Wissen haben Pflegepersonen bzw. wie viel Wissen/Aufklärung herrscht in der jeweiligen Pflegeeinrichtung über Alternativmethoden?
- Welche Alternativmethoden werden eingesetzt?
- Wie wird sich aus Sicht der Pflegepersonen die Situation der Freiheitsbeschränkung in Zukunft darstellen?

2 Datenerhebung

Im Hinblick auf das Diplomarbeitsthema und um die Forschungsfragen so umfassend wie möglich beantworten zu können, hat sich die Autorin für den qualitativen Forschungsansatz entschieden. Grund dafür sind insbesondere die unterschiedlichen Sichtweisen der Pflegepersonen, sowie die Möglichkeit diese an einem für sie bekannten Ort bzw. sie in einer gewohnten Umgebung zu befragen und so eine mögliche Ergebnisverfälschung zu vermeiden.

Aufgrund der differierenden Ansichten der InterviewpartnerInnen werden diese beim qualitativen Forschungsansatz als komplexe Wesen betrachtet, welche alles anders wahrnehmen und auch alles anders interpretieren. (vgl. Mayer 2002, S. 71f.) Insbesondere im Pflegebereich sind Menschen unterschiedlichen Alters, unterschiedlicher Ausbildung und auch unterschiedlicher Kulturen tätig. Aus diesem Grund spricht man nicht von objektiver sondern von subjektiver Wahrheit. Ein weiteres wichtiges Ziel qualitativer Forschung ist es, Erfahrungen der Menschen in ihrer gewohnten Umgebung zu untersuchen und zu erkennen, welche Bedeutung diese Erfahrungen für den/die Einzelne/n haben. (vgl. Mayer 2002, S. 72)

Hierbei wurden die Pflegepersonen an ihren Arbeitsstellen in den Pflegeheimen interviewt. In diesem Zusammenhang ist es Ziel, die Erfahrungen und Sichtweisen der Pflegepersonen hinsichtlich der Anwendung von FBM an betagten bzw. dementen BewohnerInnen zu ermitteln. Die qualitative Forschung will in diesem Sinne das „Erleben aus der Perspektive der Betroffenen wahrnehmen und verstehen“. (Mayer 2002, S. 72)

Für die Beantwortung der Forschungsfragen wurde das semistrukturierte, problemzentrierte Interview angewendet um vor allem Erlebnisse, Erfahrungen, Gefühle oder Meinungen der Befragten hinsichtlich der angewendeten bzw. unterlassenen FBM an den BewohnerInnen zu erfassen. (vgl. Mayer 2002, S. 123)

Der Schwerpunkt des problemzentrierten Interviews liegt dabei auf einer bestimmten Problemstellung, und auf die der/die Interviewer/in immer wieder zurückkommt. Ziel ist es, die subjektive Perspektive der Befragten zu bedeutungsvollen Problembereichen in der Gesellschaft zu erkennen. (vgl. Mayer 2002, S. 127) Als Beispiel dafür wurde die Frage gestellt, ob FBM positive oder negative Auswirkungen auf die Lebensqualität der BewohnerInnen darstellen. In Rahmen der Auswertung zeigten sich unterschiedliche Ergebnisse.

Bei dem problemzentrierten Interview werden jene Aspekte eines Problems behandelt, die von dem/der Forscher/in als wichtig erachtet werden. (vgl. Mayer 2002, S. 127) Die Autorin dieser Diplomarbeit hat sich vor allem auf die Emotionen und Erfahrungen der Pflegepersonen konzentriert. Der Punkt Erfahrungen wurde vertieft, indem nach auflehnendem bzw. aggressivem Verhalten von Seiten der BewohnerInnen hinsichtlich FBM, gefragt wurde. Außerdem wurde versucht in Erfahrung zu bringen, ob sich die Situation bis zum heutigen Zeitpunkt geändert bzw. verbessert hat und ob bzw. wie die Situation, lt. Pflegepersonen in Zukunft verlaufen bzw. sich ändern wird. Weiters wurde dieses Thema vertieft, indem nach intra- und interdisziplinärer Zusammenarbeit und nach der Zusammenarbeit mit den Angehörigen gefragt wurden.

Die Richtung des Interviewgespräches wurde durch einen Interviewleitfaden, welcher nach thematischen Gebieten aufgebaut wurde, vorgegeben. (vgl. Flick 2010, S. 203) Es wurden vier große Themengebiete mit unterschiedlich vielen und unterschiedlich großen Forschungsfragen aufgestellt. Diese Themengebiete beinhalteten Fragen zu FBM an BewohnerInnen, Fragen zu FBM aus Sicht der interviewten Pflegepersonen, Fragen zu den Alternativmethoden und Fragen zur Zukunft von FBM. Die Reihenfolge der Fragen und Formulierungen wurde der Interviewsituation angepasst und weitere Verständnis- und Zwischenfragen wurden in das Befragungsgespräch eingebaut (vgl. Mayer 2002, S. 123 f.).

Zusätzlich zum Interviewleitfaden wurde ein Dokumentationsbogen verwendet. Die Informationen, die ein solcher Dokumentationsbogen enthält, ergeben sich „einerseits aus der Anlage der Untersuchung, andererseits bestimmt die Fragestellung, was darin konkret vermerkt sein soll.“ (vgl. Flick 2010, S. 378). Der Dokumentationsbogen beinhaltet Informationen zur Institution sowie Angaben zur Person, wie zum Beispiel der Ausbildungsgrad, und wie viele Jahre die InterviewpartnerInnen bereits in der Langzeitpflege tätig sind.

Der Interviewleitfaden findet sich im Anhang. Die Dokumentationsbögen können jederzeit bei der Autorin eingesehen werden.

3 Forschungsfeld

Als Forschungsfeld dienten drei unterschiedliche pflegerische Langzeit-einrichtungen im Raum Wien. Je Einrichtung wurden zwei DGKS befragt. Von den sechs InterviewpartnerInnen sind vier in einer leitenden Position tätig, wobei eine als Pflegedirektorin und drei als Stationsschwestern arbeiten. Die sechs DGKS sind unterschiedlich lange, zwischen acht und 28 Jahre, in der Langzeitpflege tätig und weisen unterschiedliche Ausbildungsgrade auf. Diese reichen von einzelnen Fortbildungen,

wie EKG-Kurse oder Fortbildungen zur Stationsleitung, bis zu Universitätsstudien, wie Betriebswirtschaft oder Pflegewissenschaft.

4 Forschungszugang

Die Kontaktaufnahme erfolgte zunächst per Mail mit den PflegedirektorInnen, wo Titel, Ziele und Forschungsfragen der Diplomarbeit sowie der genaue Ablauf der Interviews beschrieben wurden. Die Informationen wurden danach von den PflegedirektorInnen an die DGKS/P weitergeleitet wobei sich sechs DGKS für die Interviews zur Verfügung stellten. Anschließend wurde mit der Autorin Rücksprache gehalten, um das weitere Procedere zu besprechen sowie Termine für die Interviews zu vereinbaren.

Vor den Interviews wurden die TeilnehmerInnen von der Autorin mündlich über Ziel, Forschungsfragen, Ablauf der Befragung und über die Gewährleistung der Anonymität sowie über „ihr Recht, die Teilnahme zu verweigern bzw. jederzeit aus der Untersuchung“ (Mayer 2002, S. 57) aussteigen zu dürfen, informiert. (vgl. Mayer 2002, S. 57) Hiernach diente als Information zur Anonymität und des Datenschutzes ein „informed consent“ (Mayer 2002, S. 57), welches -bei Einverständnis- von den Befragten vor dem Interview unterschrieben wurde. Die Durchführung der Interviews erfolgte im Zeitraum Juni 2010 bis August 2010.

5 Transkription

Die Transkription der Interviews wurde mittels des F4-Programmes durchgeführt, wobei die gesprochene Sprache wiedergegeben worden ist. Um die Einheitlichkeit der Transkripte und somit auch um das Schreiben und Lesen zu vereinfachen, wurden die Zeilen linksbündig durchnummeriert sowie folgende Sonderzeichen verwendet:

(,)	Ein kurzes Absetzen einer Äußerung: (,)
(...)	Eine mittlere Pause: ...
(Pause)	Eine lange Pause: (Pause)
(?)	Eine Frageintonation: (?)
(..),(...)	Unverständliche Passagen:
<u>unterstreichen</u>	Eine auffällige, starke Betonung wurde unterstrichen

(vgl. Froschauer 1998; Mayring 1996, zitiert in: Mayer 2002, S. 164)

(*lachen*) Lachen oder Unterbrechungen (z.B. durch Geräusche oder das Läuten des Diensthandys) wurden kursiv markiert und in Klammern festgehalten. (vgl. Mayring 2003, S. 50f., zitiert in: Breyl 2009, S. 71)

Vor der Interpretation wurden alle Interviews nochmals u. A. auf Anonymität der Daten kontrolliert. (vgl. Flick 2010, S. 380)

Die für die Ergebnisdarstellung relevanten Aussagen der InterviewpartnerInnen werden unmittelbar bei der Beschreibung der Ergebnisse eingebunden und befinden sich daher nicht im Anhang. Die vollständig transkribierten Interviews können bei Interesse jederzeit bei der Autorin eingesehen werden.

Um die dargestellten Aussagen bzw. Zitate besser verfolgen zu können, ist es wichtig eine Erklärung der Zitationsweise anzugeben. Alle sechs Interviews wurden von A bis F durchbuchstabiert. Als nächstes wurden die Seite sowie die Zeile, wo sich die Aussage befindet, angegeben. Die Fragestellung sowie die Antworten wurden nummeriert, während die einzelnen Zeilen einer Aussage mit Buchstaben versehen wurden. So zum Beispiel kann die Aussage von „Zitat Interview F, S. 1, Z. 2 b-e“ im Interview F auf der ersten Seite, in der zweiten Zeile nachgewiesen werden. Außerdem reicht dieses Zitat von Zeile b bis zu Zeile e.

6 Datenauswertung

Zur Interviewauswertung wurde die Forschungsmethode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring angewendet.

Ziel dieser Methode ist „die systematische Bearbeitung von Kommunikationsmaterial“ um voreilige Quantifizierungen zu vermeiden. (vgl. Mayring In: Flick et al. 2000, S. 468 f.) Bei der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring sind sechs Schritte von Bedeutung. Während im ersten Schritt die inhaltstragenden Teile am Transkript unterstrichen werden, gilt das Hauptaugenmerk im zweiten Schritt der Paraphrasierung. Das heißt „Aussagen werden ohne ausschmückende wiederholende Passagen einzeln notiert.“ (Mayring 1996; 1993, zitiert in: Mayer 2002, S. 170) Im dritten Schritt werden persönliche Aussagen generalisiert bzw. verallgemeinert. Weiter werden im vierten Schritt „inhaltsgleiche Generalisierungen (...) gestrichen, aufeinander beziehende Paraphrasen“ resümiert und „Überbegriffe gesucht“. (Mayring 1996; 1993, zitiert in: Mayer 2002, S. 171) Der vorletzte Schritt ist als „Reduktion durch Bündelung, Konstruktion, Integration von Paraphrasen“ (Mayring 1996; 1993, zitiert in: Mayer 2002, S. 171) charakterisiert. Hier werden „Überbegriffe und Kategorien aller Interviews zusammengeführt und evtl. nochmals auf ein allgemeineres Niveau gebracht, Doppeltes wird Zusammengefasst.“ (Mayring 1996; 1993, zitiert in: Mayer 2002, S. 171) Der sechste und letzte Schritt besteht aus einer „Zusammenstellung der Aussagen als Kategoriensystem. Anhand der generalisierten Aussagen aller Interviews werden knappe, allgemeine Kategorien gebildet.“ (Mayring 1996; 1993, zitiert in: Mayer 2002, S. 170f.)

IX Ergebnisdarstellung

In diesem Kapitel werden die Aussagen der interviewten DGKS zusammengefasst und veranschaulicht.

Die Ergebnisse konnten in neun Kategorien zusammengefasst werden. Die erste Kategorie beschreibt die freiheitsbeschränkenden Methoden, die auf den Stationen angewendet werden. Dabei sind elektronische FBM, FBM, die am Bett oder Rollstuhl angewendet werden, medikamentöse FBM und jene die von den befragten DGKS gar nicht als FBM definiert wurden, beinhaltet. Eine weitere Kategorie erläutert die Emotionen der DGKS während des Anwendens und des Unterlassens einer FBM. Die dritte wiedergibt die Sichtweisen der befragten DGKS in Hinblick auf die Gründe für FBM, auf die Wirkungen von FBM auf die BewohnerInnen, auf bisherigen Veränderungen betreffend FBM und auf die Zukunftsperspektive. Die vierte Kategorie hingegen stellt den Entscheidungsprozess bezüglich Anwenden und Unterlassen von FBM durch intra- und interdisziplinärer sowie durch extramurale Zusammenarbeit dar. Weiters werden in einer fünften Kategorie die auf den Stationen angewendeten Alternativmethoden wiedergegeben. Während bei der sechsten Kategorie die von FBM betroffenen BewohnerInnengruppen im Mittelpunkt stehen, konzentriert sich die Siebte auf die Angehörigen von durch FBM betroffenen BewohnerInnen. Hier werden vor allem die Wünsche der Angehörigen und der Umgang von den DGKS mit den Wünschen der Angehörigen vertieft. Die achte Kategorie bezieht sich auf die Auseinandersetzung mit dem Thema FBM und Alternativmethoden. Der Fokus liegt hier auf die Auseinandersetzung mit dem Thema FBM und Alternativmethoden im Rahmen von Fortbildungen, durch Überlegungen sowie durch Meinungsverschiedenheiten. Die neunte und letzte Kategorie weist auf die Spannungsfelder zwischen den einzelnen Interviews hin.

1 Freiheitsbeschränkende Methoden, die auf den Stationen angewendet werden

Bei der Analyse der Frage „Welche FBM werden auf Ihrer Station angewendet?“ ergaben sich vier Unterkategorien. Die erste Kategorie ist jene der elektronischen FBM gefolgt von der FBM am bzw. im Rollstuhl und Bett. Die dritte Kategorie der angewendeten FBM stellt die Gruppe der medikamentösen FBM dar. Die Vierte und Letzte beinhaltet die von den Befragten DGKS nicht als solche definierten FBM, wie das Zurückholen von BewohnerInnen, die das Haus verlassen.

1.1 Elektronische FBM

Es wurden drei elektronische FBM genannt. Die am häufigsten angewendete ist dabei der Türcode, gefolgt vom Schuh- und vom Handsensor. In einem der drei Pflegeheime wird keine solche FBM angewendet. Hier werden die BewohnerInnen, die eine Flucht-Tendenz aufweisen, dem Portier gemeldet. Falls solche BewohnerInnen das Haus verlassen, meldet er es der Stationsleitung.

1.2 FBM im bzw. am Rollstuhl und Bett

Eine weitere Kategorie stellen die FBM dar, die bei BewohnerInnen im bzw. am Rollstuhl und Bett angewendet werden. Zu den FBM im oder am Rollstuhl zählen vor allem der Sitzgurt, die Sitzhose, die Rollstuhlbremsen sowie der Therapietisch, wobei dieser von einer DGKS nicht als eine FBM angesehen wurde.

„[...] Gurt im Rollwagen, und [...] Sitzhose auch in Rollstühle (,) und (,) weiß ich ned ob die Tischplatte na ich glaube das gehört nicht dazu. [...]“ (Zitat Interview F, S. 1, Z. 2 b-e)

Zu den FBM am Bett wurden lediglich die Bettseitenteile genannt.

„[...] wir haben hauptsächlich nur äh Seitengitter [...]“ (Zitat Interview D, S. 1, Z. 2 c)

In jedem der drei Pflegeheime gibt es ein bis zwei BewohnerInnen, die sich eine solche FBM wünschen.

„[...] und die wünscht sich der Seitenteil äh auf der linken Seite oben //l: ok// damit sie sich, sie fühlt sich wohler dabei [...]“ (Zitat Interview A, S. 10, Z. 66 c-e)

„[...] zwei Bewohner hamma mit äääh (,) Bettseitenteile hoch //l: mhm// die haben das, die sind aber ganz orientiert, die haben das selber unterschrieben, auf eigenem Wunsch [...]“ (Zitat Interview B, S. 1, Z. 7 h-j)

„[...] es gibt ja immer wieder Bewohner, die a Freiheitseinschränkung von sich aus möchten, [...] weil sie sich sicherer fühlen [...]“ (Zitat Interview D, S. 4, Z. 13 n-q)

Ob die restlichen angewendeten Bettseitenteile ordnungsgemäß vom Arzt verschrieben und gemeldet werden, wurde, im Gegensatz zu den medikamentösen FBM oder beim Türcode, nicht explizit angemerkt.

1.2 Medikamentöse FBM

Laut einigen Aussagen wird diese Gruppe von FBM vor allem bei unruhigen, und bei neu aufgenommenen BewohnerInnen sowie bei BewohnerInnen, die einen Wandertrieb aufweisen, angewendet.

„[...] Die Leute sicher wenn die als neue Bewohner kommen, das dauert einige Zeit //l: mhm// bis die eingestellt sind mit Medikamente, mit Therapie. [...]“ (Zitat Interview F, S. 1, Z. 2 k-m)

„[...] ja, Pharmakotherapie. [...] Sind Bewohner, die auf Grund ihres Zustandes [...] solche Bewohner wie (,) zum Beispiel äääh die Frau die wegläuft.“ (Zitat Interview B, S. 2, Z. 9 a-c)

Die medikamentöse FBM wurden von manchen befragten Pflegepersonen mit Vorsicht angesprochen. In einigen Interviewgesprächen musste sogar eingehend danach gefragt werden.

„Aber das ist eher so wirklich wenn es notwendig ist gö (?) //l: mhm// wenn der Bewohner wirklich unruhig ist oder so, gefährdet ist, dass man ihn beruhigen muss [...].“ (Zitat Interview D, S. 3, Z. 9 b-e)

„[...] Bewohner ist so eingestellt, dass er am Tag kann wirklich äh Tag genießen, dass er nicht äh ganzen Tag schläft oder so. (Zitat Interview F, S. 1, Z. 2 i-k)

Die Entscheidung über die Anwendung von FBM wurde von einer befragten DGKS eher als ärztliche Aufgabe angesehen.

„Wenn das unbedingt notwendig ist, dann ja aber das ist eher Entscheidung des Arztes //l: mhm// an und für sich. (Interview D, S. 3, Z. 9 a-b)

Noch dazu wurde das Anwenden von medikamentösen FBM mehrmals in reduzierter Form zum Ausdruck gebracht, wie am folgenden Zitat erkennbar ist.

„[...] äh ich hab zum Beispiel glaub ich zwei Leute, die Dominal schlucken. [...] Der Neurologe hat bei mir auf der Station fast nichts mehr zu tun. (,) Also, von, von medikamentöser //l: mhm// Freiheitsbeschränkung her bin ich komplett weg. //l: mhm// Also kein, es gibt kein Rispartal es gibt kein Seroquel (,) ähh a bissel ein Trittico bei manchen Leuten mit einem Drittel //l: mhm// also das wirklich das (,) geringste [...] Also ich hab da gar nichts [...]“ (Zitat Interview A, S. 11, Z. 69 a-r)

Zunächst äußert die befragte Pflegeperson medikamentöse FBM auf ihrer Station anzuwenden, wie das Arbeiten mit Trittico, einem stark sedierenden Antidepressivum (vgl. Schmid, Hartmeier, Bannert 2007, S. 96) und mit Neuroleptika wie zum Beispiel Dominal, die in schwacher Dosis bei ängstlicher Agitiertheit und bei psychomotorischer Erregtheit verschrieben und verabreicht werden. (vgl. Schmid, Hartmeier, Bannert 2007, S. 91) In weiterer Folge jedoch beschwichtigt sie das Anwenden solcher Maßnahmen bzw. stellt es in reduzierter Form dar und bestreitet es bis zum Schluss sogar.

Auch dass die Anwendung einer FBM als *eher* eine *Entscheidung des Arztes* (Interview D, S. 3, Z. 9 a-b) angesehen wird, lässt für die Autorin darauf schließen, dass die Verantwortung, eine FBM anzuwenden oder nicht, doch groß ist. Die Verordnung einer FBM mag vielleicht von gesetzlicher Seite her dem/der Stationsarzt/-ärztin obliegen, die Mitverantwortung bei der Entscheidung liegt aber sowohl bei der DGKS als auch beim Arzt/ bei der Ärztin, denn durch das Arbeiten am bzw. mit dem/der Bewohner/in erkennt die DGKS ob eine FBM in Erwägung gezogen werden soll oder nicht und bespricht es dann mit dem/der Stationsarzt/-ärztin.

1.3 Von den befragten DGKS nicht definierte FBM

Zu den von den Befragten nicht definierten FBM gehört das Zurückholen bei Verlassen des Hauses, welches eher eine indirekte Form der FBM darstellt.

„[...] bei jemanden wenn Chip hat, dann muss man schon laufen, aber schnell //I: ja// ja, so. [...] weil //I: werden sie zurückgeholt// ja, ja.[...]“ (Zitat Interview F, S. 3, Z. 6 c-f)

„[...] Und diese Uhr dient dazu, dass äääh es läutet, am Handy bei uns, wenn sie zum Beispiel das Haus verlässt. [...] aber da muss man schnell, schnell rennen //I: und dann werden sie zurückgeholt (?)// da werden sie zurückgeholt und (,) // I: ok // man muss halt aufpassen, ja.“ (Zitat Interview B, S. 1, Z. 7 q-u)

Das Zurückholen der BewohnerInnen, die das Haus verlassen, wurde nicht explizit als FBM erwähnt, sondern musste von der Autorin angesprochen bzw. konnte lediglich im Kontext herausgelesen werden.

Die hier angeführte Grafik stellt eine Übersicht der einzelnen vier Unterkategorien dar.



Abbildung 9: Freiheitsbeschränkungen, die auf den Stationen angewendet werden.

2 Emotionen der DGKS

Bei der Analyse der Fragestellung „Wie erleben Sie das Setzen bzw. das Nicht-Setzen einer FBM an den BewohnerInnen?“ bildeten sich die in Folge näher erläuterten zwei Kategorien. Diese beinhalten Emotionen, die während des Anwendens und während des Unterlassens einer oder mehrerer FBM entstehen. Während der Analyse dieser zwei Kategorien stellten sich unterschiedliche Emotionen heraus.

2.1 Emotionen während des Anwendens von FBM

Die Unterscheidung der eigenen Emotionen während des Beschränkens und beim Unterlassen einer FBM fiel den interviewten Pflegepersonen oft schwer.

„Schwer zum sagen, ja (?). Das ist wirklich schwer zum sagen weil einfach äh ich weiß wir hat ma diese Fall besprochen. Ich mache das nicht dass ich will [...]“ (Zitat Interview F, S. 13, Z. 40 a-c)

Während der Analyse dieser Fragestellung stellten sich aber durchaus vorwiegend positive Emotionen für die Pflegepersonen heraus. Wird eine FBM im Team besprochen, diskutiert und gut durchdacht, erleben die Pflegepersonen Gefühle der Sicherheit und der Beruhigung. Ähnliche Gefühle empfinden sie, wenn sie FBM an nicht-mobilen und hochgefährdeten BewohnerInnen anwenden, um z. B. Stürze vorzubeugen, eine aufrechte Körperhaltung im Rollstuhl zu gewährleisten, die Flucht tendenz zu mindern oder die pflegerische Arbeit bei der Körperpflege zu erleichtern und zu sichern, indem z. B. ein Bettseitenteil angewendet wird. Außerdem finden einige der befragten DGKS, nach dem Anwenden einer FBM gut, sicher und verantwortungsvoll für die BewohnerInnen gesorgt zu haben.

„[...] wenn Bewohner gehen könnte, dann sicher hab ich schlechte Gefühl, ja (?). [...] Aber wenn ich weiß Bewohner kann kaum stehen, ja (?) und bekommt diese Bettgitter (,) weiß ich nicht, ja so (,) es ist auch (...) sicher (...)“

und er kann, sie kann sich auch gut halten auf dem Bettgitter. Sie ist auch schon gewöhnt beim Umdrehen kann sie das verwenden //I: ja, mhm// auch ja beim Greifen und so. (,) Ok, ich nehme das ja weil ich arbeite so da und ich muss das, ich hab ich nicht Gefühl, ich hab etwas Schlechtes für Bewohner gemacht. [...]" (Zitat Interview F, S. 14, Z. 40 n-41h)

„[...] Und wenn ich das dann einsetze hab ich ein gutes Gefühl und weis, dass ich den zuführe, dass er wieder teilhaben kann [...]. Auch wenn er sich oft nicht artikulieren kann [...]. Das ist wieder was anderes dann. [...]" (Zitat Interview C, S. 4, Z. 21 s-v)

Lediglich eine befragte DGKS äußerte das Erleben negativer Emotionen, eines schlechten Gefühls, wenn sie BewohnerInnen beschränkt, die noch mobil sind, wenn diese noch *gehen könnten* und trotzdem eine FBM erfahren.

2.2 Emotionen während des Unterlassens einer FBM

Werden FBM nicht angewendet, so schilderten die interviewten DGKS nicht nur mitleidende Gefühle sondern auch Gefühle der Schuld, die Arbeitspflicht nicht erfüllt zu haben bzw. nicht sicher und verantwortungsvoll für die BewohnerInnen gesorgt zu haben.

„[...] sie ist so oft gestürzt. Sie war schon wirklich so arm, so blau (..),(...) //I: ja// dass das wirklich keinen Sinn hatte. Dann haben wir Demenzmatte aber bis wir gekommen sind, wieder war sie am Boden, einfach die Frau Doktor hat wirklich dann gewartet und hat auf der Bitte, weil das ist schon wirklich, ja, sie war von Krieg, ja (?). [...]" (Zitat Interview F, S. 10, Z. 30 q-v)

„[...] sie ist ziemlich schnell, sie kann so schnell laufen [...]. Wir waren unten, sie war plötzlich pfutsch, weil das Tor war offen [...] Dann hamma sofort Polizei, hamma das Polizei gemeldet, hamma die Angehörige angerufen und das ist wirklich, das ist mühsam, dass können sie mir glauben // I: mhm // das ist ein Wahnsinn // I: mhm // man hat irgendwelche Schuldgefühle hab ich, ahh jetzt habe ich nicht alles getan // I: mhm // was ich konnte, ja (?). Warum, warum musste das passieren (?) [...]" (Zitat Interview B, S. 10 f., Z. 38 j-s)

Furchterregende Gefühle und Ratlosigkeit können sowohl beim Anwenden als auch beim Unterlassen einer FBM auftreten. Diese zwei Gefühle stellen zwischen den zwei Kategorien eine Art Verbindung dar.

„[...]Sie läuft weg, stellen sie sich vor //l: mhm// und ich weiß nicht einmal wann (,) wann ist das passiert, wo ist sie jetzt (...) das ist, das ist was schr, schreckliches [...]“ (Zitat Interview B, S. 10, Z. 38 d-f)

„[...] gebma wir die gitter hoch? Und wenn sie drüberklettert, was passiert dann //l: mhm// dann sind die Folgen wirklich noch größer. [...]“ (Zitat Interview B, S. 7, Z. 30 o-p)

Durch die vielen Vor- und Nachteile von FBM ist es für die DGKS oft nicht leicht sich für oder gegen eine FBM zu entscheiden. Nicht nur Gefühle der Furcht, sondern auch Gefühle der Ratlosigkeit können entstehen.

Die Grafik stellt hier wiederum eine Zusammenfassung des zu dieser Kategorie beschriebenen Inhaltes dar. Die dritte Ebene zeigt hier die unterschiedlichen auftretenden Emotionen, wobei Furcht und Ratlosigkeit eine Verbindung bzw. das Dilemma darstellt, welches beim Treffen von Entscheidungen hinsichtlich Anwenden und Unterlassen von FBM auftritt.

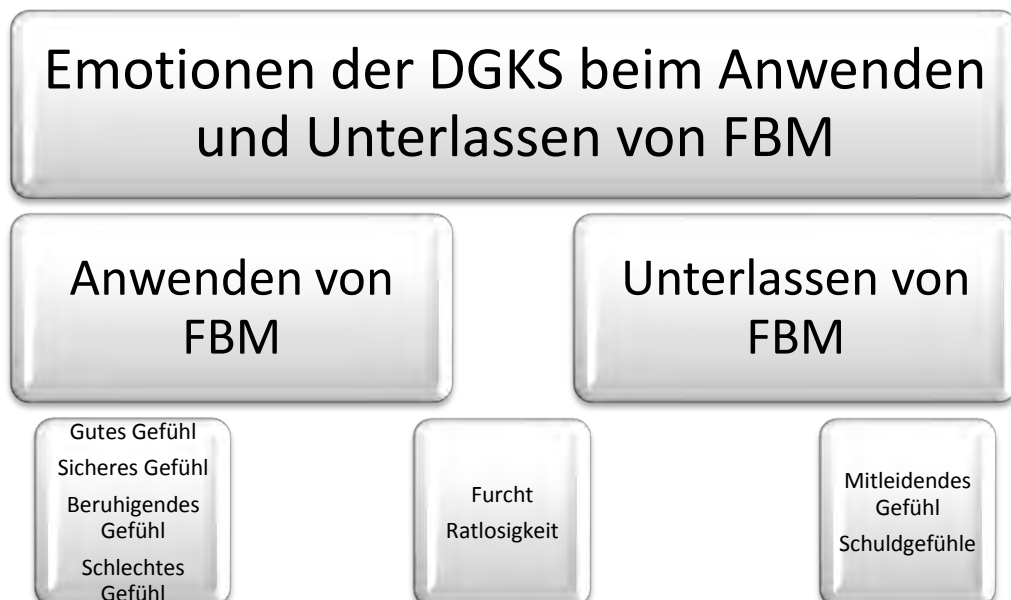


Abbildung 10: Emotionen der DGKS

3 Pflegepersonen im Spannungsfeld FBM

Im Rahmen der Analyse der Interviews wurden zu diesem Themenkreis vier Unterkategorien gebildet. Die erste Unterkategorie beinhaltet die Gründe, welche für das Anwenden von FBM sprechen. Die zweite betrifft mögliche Wirkungen der FBM auf die Lebensqualität der BewohnerInnen. Die vorletzte Unterkategorie weist auf die bisherigen Veränderungen im Umgang mit FBM. Hier stellten die InterviewpartnerInnen Zusammenhänge mit ihren Praxiserfahrungen her. Die vierte Unterkategorie zeigt die unterschiedlichen Zukunftsperspektiven -stets aus der Sicht der Pflegepersonen- auf.

3.1 Gründe für FBM

Bei der ersten Kategorie wurde nach Gründen bzw. Ursachen für das Anwenden von FBM an den BewohnerInnen gefragt. Einer der wesentlichen Gründe, der auch am öftesten von den InterviewpartnerInnen genannt wurde, war der Schutz. Schutz sowohl für die BewohnerInnen, als auch für die Pflegepersonen.

„Einfach (,) äh (,) Bewohner schützen, Schutz ja das ist auch Schutz für Bewohner, Schutz für uns kann man auch sagen, ja (?). Weil es ist nicht angenehm wenn äh (,) Oberschenkelbruch oder, oder dass wenn Bewohner, ok, Bewohner können immer umfallen, wir können auch umfallen, das ist schon logisch. Ja (?), so, aber ich glaube es ist mir nicht logisch wenn jemand vom Bett umfallen wird nur so, deswegen, dass wir wissen das er unruhig ist [...]“ (Zitat Interview F, S. 6, Z. 18 b-i)

Alle interviewten DGKS waren einer Meinung, die BewohnerInnen vor allem vor Selbstverletzungen schützen zu müssen.

„[...] muss man Leute schon schützn, weil unsere Bewohnenrin ist so schiach harte Straße gestürzt //: mhm// (,) oh (!) dass sie hat mehrere Verletzungen erlitten [...]. Das ist im Interesse von Bewohner, ja (?“ (Zitat Interview F, S. 3, Z. 6 j-m)

„[...] vor allem die Selbstgefährdung ziemlich reduzieren [...]. (Zitat Interview A, S. 1, Z. 5 c-d)

„[...] die sind auch gefährdet weil die rutschen so so, die rutschen öfter //I: mhm// dauernd nach unten [...] ja, deswegen die haben einen Sitzgurt ja. [...]“ (Zitat Interview E, S. 2, Z. 8 e-g)

Vor allem BewohnerInnen, die kognitiv beeinträchtigt sind sollten vor Selbstverletzungen geschützt werden.

„[...] Aber es ist, ich glaub so allgemeine Schutz weil ich sage ok das sind nicht Kinder, ja (?) aber ich denke auch die Kinder muss man schützen weil die können nicht mehr entscheiden oder die wissen noch nicht und (...) unsere Bewohner wissen auch nicht mehr. Ja (?) so, wie können sich schützen oder so. [...]“ (Zitat Interview F, S. 6, Z. 18 l-q)

Laut einer befragten DGKS sollten insbesondere demente BewohnerInnen daran gehindert werden, die kleinen Steinchen in den Zimmerpflanzen nicht zu essen, um sie auch hier vor Verletzungen, in dem Fall eher im Magen-Darm-Trakt oder vor dem Erstickten, zu schützen. Daher sollte an diesen BewohnerInnen ein Sitzgurt verwendet werden.

„[...] wir haben eine Bewohner mit Sitzgurt das ähm sie darf schon bewegen mit Rollstuhl aber zum Beispiel das ist, wir haben Pflanzen hier diese Demente Leute wir haben Pflanzen mit dieser Fütterung äh //I: diese Steine?// ja diese Steine und öfter die nehmen das und ähm [...] die nehmen das und die essen (,) ja [...]“ (Zitat Interview E, S. 2, Z. 8 a-e)

Laut Aussagen der InterviewpartnerInnen sollten auch jene BewohnerInnen geschützt werden, die durch Unruhe, Verminderung des Gleichgewichtes bzw. durch Koordinationsverlust verstärkt sturzgefährdet und in Folge dessen selbstgefährdet sind.

„Wenn die Eigengefährdung zu hoch wird. [...] Ich habe jetzt einen Fall äh innerhalb von drei Wochen (,) zwei Mal Oberschenkelfraktur einmal links einmal rechts, einen Herzinfarkt und eine, eine Oberarmfraktur. [...] Das ist für mich eine Begründung für eine Freiheitsbeschr und hochgradig dement, ja (?) [...]“ (Zitat Interview A, S. 2, Z. 7 a-f)

„[...] weil äh ähm es sind alte Menschen und die Koordination, die Balance die haben keine Balance mehr //l: mhm// und die sind so unruhig meistens unruhig und sie wissen nicht genau das, das kann so gefährdet sein. (Zitat Interview E, S. 2, Z. 10 b-e)

Laut einer DGKS sollten sogar unruhige BewohnerInnen, die andere MitbewohnerInnen stören könnten, medikamentös beschränkt werden. Es sollte dadurch verhindert werden, dass andere MitbewohnerInnen unruhig bzw. sogar aggressiv werden.

„[...] äh wenn so unruhig ist und die stört dann die anderen Bewohner, weil hier, wenn [...] eine fangt an schreien, dann kommt dann alle //l: mhm// oder meistens //l: mhm// zum schreien so und deswegen laut der ähm Anordnung dann geben wir das //l: ok// und meistens wird auch Aggressiva. Zum Beispiel eine (,) eine hat hier angefangen nur zum Schreien und Anderen werd aggressiv und er hat dann eine Frau Watsche gegeben. [...]“ (Zitat Interview E, S. 3, Z. 11 c-i)

Auch bei BewohnerInnen, die an Verwirrheitszuständen zum Beispiel im Rahmen einer Demenz oder an einer psychischen Erkrankung leiden, könnte es zum Anwenden einer FBM kommen.

„[...] hamma eine neue Bewohnerin gekriegt, die ist selbstmordgefährdet //l: mhm// die ist sehr, sehr depressiv.“ (Zitat Interview B, S. 4, Z. 20 e-f)

Bei BewohnerInnen, bei denen eine erhöhte Gefahr besteht, dass sie aus dem Bett fallen könnten, sollten Bettseitenteile angewendet werden.

„[...] aber ich glaube es ist mir nicht logisch wenn jemand vom Bett umfallen wird nur so, deswegen, dass wir wissen das er unruhig ist und hät er sich bewegt und wir machen nichts, ja (?). [...]“ (Zitat Interview F, S. 6, Z. 18 g-j)

„[...] Auch von Bett, Bettgitter, ja (?). (,) Weil Bewohner manche sind so hektisch im Bett hin und her das könnte umfallen [...]“ (Zitat Interview F, S. 4, Z. 9 i-k)

„[...] ähm sonst sinds meistens eher so sturzgefährdete mitn Seitengitter, unruhige oder sturzgefährdete Bewohner, äh wo man aber auch abwägen muss wodurch sind sie mehr gefährdet, ja (?) weil wenn sie die

Tendenz haben über das Seitengitter zu steigen wollen, dann muss man das Seitengitter holt wieder //I: mhm// runtergeben und sich a andere Variante überlegen [...]“ (Zitat Interview D, S.1, Z. 4 g-l)

Ein weiterer Grund, BewohnerInnen schützen zu müssen, sind lang andauernde Wundheilungsphasen bei Wunden, die durch Stürze entstanden sind.

„[...] Wie ist zum Beispiel diese Frau C. (Name der Bewohnerin) weil ständig bei ihr Verbände machen und ständig schauen wir sie blau im Gesicht ist und überall hat sich angehaut //I: mhm// ja, es war schon, und immer nur beim Aufstehen. Das bedeutet wir haben gewusst wann ist sie gestürzt oder welche Pause ist für sie dann gefährlich. //I: mhm// Ich glaube bei, wieder ich betone, bestimmte Fälle es ist schon wichtig weil die Leute einfach so lassen, ich weiß es net. Ich tue mich auch schützen [...] und ich denke ich werde auch nicht begeistert wenn ich komme und jeden Tag wird mir gesagt, dass sie wieder vom Bett gestürzt oder ist sie aufgestanden von Rollstuhl //I: mhm// wollte sie gehen und (,) ist sie gestürzt.“ (Zitat Interview F, S. 12, Z. 36 c-q)

BewohnerInnen die eine *erhöhte Weglauftendenz mit der Gefahr des Nicht-Zurückfindens* (vgl. Interview C, S. 2, Z. 11 a-d) aufweisen, sollten auch in ihrer Freiheit beschränkt werden, um geschützt zu werden. Der Therapietisch sollte zum Beispiel dann angewendet werden, wenn der/die Bewohner/in keine aufrechte Körperhaltung aufweist, um zu verhindern, dass der/die Betroffene aus dem Rollstuhl rutscht bzw. fällt.

„[...] also, wenn ich jetzt den Therapietisch sehe, das ist einen Patienten, eine Bewohnerin mit einer Halbseitenlähmung und ähm die einfach keine aufrechte Körperhaltung, so im Rollwagen könnte selbständig einnehmen [...]“ (Zitat Interview D, S. 1, Z. 4 a-d)

„Einfach rutscht runter. [...] Weil (,) und dann ist riskant ohne Gurt lassen weil das ist einfach als Sturzprävention. Nicht, dass der Bewohner nicht gehen kann.“ (Zitat Interview F, S. 4, Z. 9 f-i)

Genauso sollten laut Aussagen der Interviewpartnerinnen fremdgefährdende BewohnerInnen in ihrer Freiheit beschränkt werden. Fremdgefährdende BewohnerInnen werden von den befragten DGKS als solche

definiert, die zum Beispiel Aggressionen gegenüber den anderen MitbewohnerInnen oder dem Pflegepersonal entwickeln.

„[...] es sind Bewohner die wirklich manchmal aggressiv sind //I: gegenüber anderen Bewohnern und// gegenüber anderen, ja [...] die rasten wirklich aus //I: Pflegepersonal// genau, ja [...] und dann kann passieren, dass die die anderen wirklich physisch angreifen. [...]“ (Zitat Interview B, S. 4, Z. 22 b-f)

Zugleich stellen FBM, laut Aussage einer DGKS, nicht nur Schutz für den BewohnerInnen dar, sondern auch für den Pflegepersonen, und zwar als Alltagserleichterung.

„(...) Teilweise ist es eine Notwendigkeit, die ähm durch psychisch bedingte Störungen und ganz einfach den Alltag //I: mhm// ähm ein bisschen erleichtern [...]“ (Zitat Interview A, S. 1, Z. 5-c)

Darüber hinaus gehört es zur alltäglichen Pflegeprofession, die BewohnerInnen zu schützen und für sie Fürsorge zu tragen.

„[...] es obliegt uns doch die Fürsorge //I: mhm// für den Menschen und //I: mhm// ja, es tut mir holt dann weh, wenn er sich vor lauter Freiheit dauernd verletzt [...]“ (Zitat Interview D, S. 8, Z. 28 g-i)

Ein weiterer Grund sind altersbedingte Veränderungen bei den BewohnerInnen.

„[...] Trotzdem beim umfallen und bei alten Leute, die sind so gebrechlich //I: mhm// und auch schon so sind die Knochen da ist schon riskant. [...]“ (Zitat Interview F, S. 5, Z. 11m-12a)

FBM sollten also bei älteren, verwirrten BewohnerInnen und in diesem Zusammenhang bei BewohnerInnen denen die Einrichtung unbekannt ist, eingesetzt werden.

„[...] wenn wir sehen er ist abhängig, //I: mhm// geht hin und her, kennt sich nicht aus, einfach (,) dann muss man schon reagieren, ja (?), so. Und mit Bettgitter auch, wenn ich sehe, dass Bewohner hängt von einer Seite oder halbwegs ist schon am Boden [...]“ (Zitat Interview F, S. 5, Z. 11 g-k)

Die interviewten Pflegepersonen waren sich bei der Auflistung der Gründe für das Anwenden von FBM ziemlich einig. Der Schutz der BewohnerInnen steht bei ihnen an oberster Stelle. Zuallererst sollten betagte, d.h. kognitiv eingeschränkte BewohnerInnen, wie zum Beispiel demente BewohnerInnen, vor Selbstverletzung und Selbstgefährdung geschützt werden. Auch BewohnerInnen die bereits öfters gestürzt sind, ein vermindertes Gleichgewicht, eine verminderte Koordination sowie ein erhöhtes Aggressions- und Unruhepotenzial aufgrund unterschiedlicher Grunderkrankungen aufweisen, sollten mit dem Einsatz unterschiedlicher FBM vor Selbst- und Fremdgefährdung geschützt werden. Nicht zuletzt werden der Schutz der BewohnerInnen und damit in Verbindung die Fürsorge für die BewohnerInnen als Aufgabe und Pflicht der Pflegepersonen gesehen.

Weiters bieten laut einer befragten DGKS FBM auch Schutz für die Pflegepersonen, wenn bei den BewohnerInnen dadurch Verletzungen und in diesem Zusammenhang womöglich auch Schwierigkeiten mit den Angehörigen vermieden werden können.

Ein weiterer wichtiger und oft genannter Grund ist das Lebensalter der BewohnerInnen. Die Ergebnisse zeigen, dass ältere BewohnerInnen des Öfteren mit mindestens einer FBM konfrontiert werden.

Zusätzlich wurden einige Aussagen betätigt, wie zum Beispiel demente BewohnerInnen mit einem Sitzgurt beschränken zu müssen, damit sie die rot-bräunlichen Steinchen in den Zimmerpflanzen nicht essen können oder FBM sollten eingesetzt werden, um den Pflegealltag zu erleichtern.

3.2 Wirkungen von FBM auf die BewohnerInnen

Bei der Frage *„Haben FBM Ihrer Meinung nach positive oder negative Wirkungen auf die Lebensqualität der BewohnerInnen?“* stellten sich bei der Analyse unterschiedliche Sichtweisen heraus. Die InterviewpartnerInnen fanden es schwierig, auf diese Frage zu antworten.

Für die Mehrheit der Befragten wirkt sich das Anwenden von FBM positiv auf die Lebensqualität der Bewohnerinnen aus. Aus der Sicht der Pflegepersonen *fühlen sich die BewohnerInnen wohler, sicherer und erleiden auch keine Stürze mehr.* (vgl. Interview E, S. 5, Z. 20 c)

Einige Pflegepersonen sind der Ansicht, dass zum Beispiel die Bettseilenteile manchen BewohnerInnen ein Gefühl der Sicherheit geben, da sie oft Angst haben, sie könnten in der Nacht aus dem Bett fallen.

„[...] weil die haben Angst //I: mhm// dass sie in der Nacht aus dem Bett (,) runter fallen.“ (Zitat Interview B, S. 1, Z. 7 k-l)

Damit FBM positive Wirkungen auf die Lebensqualität der betroffenen BewohnerInnen ausüben, sollten sie gut durchdacht eingesetzt werden, das heißt vom Team gut überlegt, durchdacht und demzufolge auch *gezielt* angewendet werden.

„Dass ich nicht (,) äh standardmäßig und routinemäßig jeden äh freiheitsbeschränke. //I: mhm// Denn man muss ja unterscheiden zwischen Gänsefüßchen lästigen Patienten, die nicht lästig sind, sondern ganz einfach dement sind //I: mhm// und es ist nicht gut finde ich, wenn ich die jetzt in einem Rollstuhl setze, (,) alles anzieh, sie zu sehr anziehe zum Tisch hinstell und dann lass ich sie den ganzen Tag dort. Sie sind nicht mehr lästig, das ist wahr, ja. Aber Lebensqualität ist auch keine mehr.“ (Zitat Interview A, S. 2, Z. 14 a-h)

Außerdem bieten FBM, wie bereits vorher erwähnt, Schutz für die BewohnerInnen.

„[...] ähm, pfu, (...) positiv (...) pf (...) positiv, ja (übelegend) (..),(...) naja, positive Auswirkungen hätte es dann, wenn ich ähm (...) den Bewohner jetzt schützen kann, ja (?) [...] wenn es ihn so aber nicht stört, ja (?) ähm dann denk i ist es jetzt ka negative sondern jo a positive, weil i jo versuch ihn zu schützen, weil sonst moch i jo ka Freiheitsbeschränkung ja (?) //I: mhm//“ (Zitat Interview D, S. 4, Z. 13 a-m)

Aus einer Aussage geht hervor, dass wenn die betroffenen BewohnerInnen, die an keiner stark ausgeprägten Demenz leiden,

die FBM einfach hinnehmen und sich nicht dagegen auflehnen, sich die FBM auch als Vorteil für das Pflegepersonal erweisen.

„[...] Wir haben nicht so viele Probleme mit unseren Bewohner wegen Freiheitbeschränkungen die verständig diese Sachen [...] sie nehmen einfach das alles //I: mhm// es ist ähm Vorteil für uns (,) es gibt aber (,) die noch zum Beispiel Stufe zwei Demenz (,) die wollen überhaupt keine Bettgitter und die ähm geben [...] klettern ja. //I: mhm//“ (Zitat Interview E, S. 5, Z. 20 f-k)

Zwei befragte DGKS teilen die Ansicht, dass FBM negative Auswirkungen auf die Lebensqualität der BewohnerInnen ausüben. Dies vor allem dann, wenn sie blind eingesetzt werden bzw. wenn blind gearbeitet wird. Ein weiterer Grund dafür ist, dass FBM für die BewohnerInnen eine Behinderung darstellten und dass sie auf die BewohnerInnen eine *angstmachende Wirkung* (vgl. Interview C, S. 2, Z. 13 a-d) ausüben, v.a. bei der Anwendung der Bettseitenteile.

„Mmh, im Prinzip ist jede Freiheitseinschränkung angstmachend //I: mhm// für die Bewohner //I: mhm// das ist mit dem Türcode und dem Sensor nicht so, dass ist, aber mit einem Bettseitenteil ist absolut etwas was Angst macht, ja und wird auch sehr zurückhaltend an [...]“ (Interview Zitat C, S. 2, Z. 13 a-e)

„[...] negativ wenn wir irgendwo blind arbeiten und tu ma nicht bissl beobachten oder aufpassen ob das Bewohner (,) braucht [...].“ (Zitat Interview F, S. 7, Z. 21 c-e)

Diese negativen Auswirkungen machen sich vor allem dann bemerkbar, wenn sich die BewohnerInnen den FBM widersetzen oder sogar Aggressionen dagegen entwickeln (z.B. über Bettseitenteile klettern). Dieser Themenbereich wird noch in weiterer Folge näher erläutert.

FBM können aber sowohl positive als auch negative Wirkungen auf die Lebensqualität der betroffenen BewohnerInnen ausüben. Dies hängt vor allem von den individuellen Sichtweisen der BewohnerInnen ab.

„Jeder Mensch ist anders und jeder Mensch sieht es auch anders. //I: mhm// Eine, ein Mensch sieht es zum Beispiel nicht als negativ, der sieht es

aha //I: mhm// das wird eh gemacht weil das äh (,) es schützt mich //I: mhm// ja (?) aber die andere denken wieder: naa, das ist, das sind Blödsinn warum soll ma so was tun, na das, das behindert mich nur. [...]" (Zitat Interview B, S. 5, Z. 26 a-e)

Für den Großteil der Befragten bewirken FBM Positives im Hinblick auf die Lebensqualität der BewohnerInnen. Dafür muss das Anwenden einer oder mehrerer FBM gut durchdacht und im Team vorher besprochen werden. Wird das nicht beachtet und durchgeführt, so üben sie die gegenteilige Wirkung auf deren Lebensqualität aus. Negative Auswirkungen auf die Lebensqualität der BewohnerInnen zeigen sich -aus Sicht der Pflegepersonen- insbesondere dann, wenn aggressives oder auflehndes Verhalten bei den BewohnerInnen beobachtet werden kann.

Nichtsdestotrotz können FBM sowohl positive als auch negative Auswirkungen auf die Lebensqualität der BewohnerInnen ausüben. Dies hängt vor allem davon ab, wie die betroffenen BewohnerInnen die einzelnen FBM erleben.

3.3 Bisherige Entwicklungen hinsichtlich FBM

Die dritte Unterkategorie, die sich herausstellte, beinhaltet die Sichtweise der Befragten hinsichtlich der bisherigen Entwicklungen bzw. Veränderungen im Umgang mit FBM in der Pflegepraxis.

Es stellte sich heraus, dass Pflegepersonen sowohl für FBM als auch für Alternativmethoden sensibilisiert wurden. Dafür wurden folgende Gründe genannt: Zunahme der Kontrollen durch BewohnervertreterInnen, vermehrte Zunahme der Dokumentationspflicht, der Gesprächsführung und mit diesen Gründen in Zusammenhang stehend dadurch auch die Zunahme der Überlegungen ob eine FBM angewendet werden soll oder nicht.

„[...] Damals hamma sich gar nicht damit beschäftigt (leise werdende Stimme) ja, // I: mhm // wie jetzt, jetzt ist es aktuell, ja (..)(...) // I: mhm // weil

Bewohnervertretung sind da und die schauen drauf, dass die Bewohner nicht ähh eingeschränkt werden [...] und dass die wirklich ihre Freiheit bewahren, dass die ja (,) und naja manchmal wird das wirklich schlecht interpretiert, ja. [...]" (Zitat Interview B, S. 12, Z. 40 q-v)

„[...] zum Beispiel diese Bremse //l: mhm// ja (?) Rollstuhlbremse (,) damanls automatisch, alle gebremst (,) und jetzt ist aber schon geändert //l: mhm// Bremsen nur beim Essen und das ist keine Freiheitbeschränkung //l: aha// ja //l: ok// Ähm (,) und wir sind schon äh wir wissen schon nach dem Essen dann wieder frei lassen [...]" (Zitat Interview E, S. 12, Z. 55 d-h)

Durch die vermehrte Sensibilisierung hat sich die Situation bzgl. FBM verbessert und lt. Aussagen der Befragten, wurde auch die Anwendung der Bauchgurte und der Armmanschetten und der Bettseitenteile, deutlich reduziert. Darüber hinaus gab es vor einigen Jahren noch keine Niederflurbetten und BewohnerInnen wurden noch mit Leintüchern im Rollstuhl fixiert.

„Naja, wenn man dran denkt, dass wie ich angefangen habe mit der, in der Pflege zu arbeiten und von der Ausbildung her sind die Leute an den Rollstuhln mit Leintüchern gebunden worden //l: mhm// ohne zu überlegen. //l: mhm// (,) und Steckgitter war überall das war dann auf die, die man so aufgespannt hat auf die Gitt, also auf die, auf die Metallbetten, auf die Holzbetten und so und Niederflur-Betten da war ja überhaupt keine Rede. [...]" (Zitat Interview A, S. 5, Z. 33 a-g)

„Ich denke, dass es besser geworden ist. Ich weis, dass es in den Häusern wo ich war, dass sehr, sehr zurück genommen worden ist //l: mhm// ja (?) ganz bewusst auch //l: mhm//. ja (?) In unseren Häusern gibt es wirklich keine Armmanschetten oder Bauchgurte oder so irgendwas. [...]" (Zitat Interview C, S. 7, Z. 31a-e)

Nichtdestotrotz besteht innerhalb der Pflegeteams noch die Unsicherheit bezüglich der Definition von FBM. Was ist eine FBM und was nicht?

„[...] man muss wirklich mit Bewohnervertreter immer diskutieren und interpretieren aha ist das jetzt Freiheitsbeschränkung oder ist es nicht. [...] sie kennen vielleicht diese Kissen, diese Schlangen, ja. (?) //l: ja// Das gibt ma //l: ja// für Bewohner, wann Bewohner zum Beispiel jetzt sitzt in Rollstuhl

//I: ja// und die Schlange gibt man so unter Arme bis nach hinten. //I: genau// Ist das Freiheitsbeschränkung oder ist es nicht ? // I: mhm // ja (?), da kann man darüber diskutieren // I: mhm // wenn was, eine sagen nein, weil das nicht hinten zugebunden [...] die andere sagen es ist doch leicht (,) leichte Freiheitsbeschränkung // I: mhm // ja, weil die Bewohner dadurch //I: kann sich nicht [...] bewegen //I: genau// und kann nicht mehr aufstehen oder so, ja. Das ist Interpretationssache.“ (Zitat Interview B, S. 11f., Z. 40 c-o)

Lediglich eine Befragte war der Ansicht, dass heutzutage im Pflegebereich mehr Beschränkungen stattfinden bzw. mehr FBM angewendet werden.

„Es ist leider so [...], dass ähm (,) es mehr Leute jetzt beschränkt //I: mhm// ja, leider //I: mhm// ja ähm (,) ob das wird geändert oder was, //I: mhm// keine Ahnung. Ja (?) weil äh, äh als ich angefangen war gleiche es war nur zwei, drei [...] haben eine Freiheitbeschränkungsmaßnahme aber jetzt ist [...] als ich angefangen hier war. War weniger aber jetzt ist es schon [...] mehr [...]“ (Zitat Interview E, S. 12, Z. 51 a-h)

Die Mehrzahl der Interviewpartnerinnen war der Ansicht, dass einige große Entwicklungen und Verbesserungen stattgefunden haben, sei es hinsichtlich FBM als auch bezüglich Alternativmethoden. Beweggründe dafür sind einerseits die Zusammenarbeit mit den BewohnervertreterInnen, andererseits aber auch die Anleitung von Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, die oft neue Sichtweisen in die pflegerische Routine einfließen lassen. Nichtsdestotrotz erwähnen einige der interviewten DGKS die immer noch bestehenden Unsicherheiten bzw. Unklarheiten bezüglich der Definition von FBM.

3.4 Zukunftsperspektive aus Sicht der befragten Pflegepersonen

Bei der Analyse der Frage: „Wird sich Ihrer Meinung nach in Zukunft was verändern im Umgang mit FBM?“ und „Wenn ja, was wird sich Ihrer Meinung nach verändern?“ teilten sich die Meinungen der Befragten.

Externe SchülerInnen der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung bringen neue Sichtweisen mit und können die Sensibilisierung verstärken und somit die Situation hinsichtlich FBM verbessern.

Laut einigen Befragten wird sich die Situation zum Besseren verändern, einerseits weil die BewohnerInnen und deren Angehörige mündiger werden und sich daher auch vermehrt über die eigenen gesundheitliche Situation Gedanken machen und sich darüber mehr informieren. Andererseits auch, weil die Kontrollen der Bewohnervertretung zunehmen.

„[...] das wird wirklich in Zukunft wird das noch //I: mhm// strenger sein // I: mhm // weil (,) die Leute (,) in heutiger Zeit mehr informierter werden [...] und wollen [...] und die, die Generation ist auch anders, //I: mhm// die wollen viel wissen und die wollen dass ihre Rechte einfach //I: ja// ähm akzeptiert werden [...] und denk ich schon, dass die Leute darüber (,) [...] mehr Gedanken machen werden //I: ja// ähm informieren werden und dass, dass sich das wirklich, na auf jeden Fall, dass das strenger wird //I: ja// für uns auch, ja //I: mhm// (,) und das wird natürlich öfters kontrolliert [...]“ (Zitat Interview B, S. 14, Z. 48 l-u)

Zwei von den sechs Befragten Pflegepersonen sind der Ansicht, dass sich in Zukunft nicht bzw. nicht viel verändern wird. Vergleichend mit der Dauer und mit dem Schwierigkeitsgrad der Umsetzung des Pflegeprozesses ist es für die Befragte fast unmöglich, sich Verbesserungen im Bereich der FBM vorzustellen. Des Weiteren sind Ihrer Meinung nach stets noch zu große Schwankungen bzw. Ungerechtigkeiten zwischen Pflegeheim- und Krankenhausregeln.

„Also, wenn das Heimaufenthaltsgesetz so lange braucht, dass es funktioniert, wie der Pflegeprozess (...) ja (?) (,) der ja immerhin schon seit fast 15 Jahren verpflichtend ist und den können noch immer nicht alle (,) ja? (,) dann haben wir noch ein bisschen Zeit, [...] Ähm (...) ich bin da eher sehr skeptisch muss ich sagen, weil es ähm (...) es verlangt konsequentes Nachdenken und es verlangt äh ein überlegtes Handeln. //I: mhm// Und das ist nicht was, was ich so in der Routine machen kann, das (,) und es sind noch meiner Meinung nach noch die Unterschiede zu Groß zwischen einem Pflegeheim, einer Psychiatrie oder einem Behindertenbereich und dem

Krankenhaus. Und das Krankenhaus hat noch immer so eine Sonderstellung. (.) //I: ja// Und des (...) ist nicht fair. Warum dürfen die im Krankenhaus //I: mhm// ois und wir dürfen nicht und uns klopf man auf die Finger (,) und des ist nicht in Ordnung. Also, wann, dann solls, sollte man versuchen hier eine Einheit zu finden. //I: mhm// Ist mei persönliche Meinung. Und die vertret i a lautstark. //I: mhm// Vertrete ich auch vor der Bewohnervertreterin, nicht? Äh, ist mir auch klar, dass ich damit gegen Windböen kämpfe, weil das Krankenhaus wird immer ein Sonderstatus sein, nicht?“ (Zitat Interview A, S. 7, Z. 40 a-w)

Eine weitere befragte Pflegeperson ist der Ansicht, dass gewisse FBM beibehalten werden, wenn sie gut durchdacht sind, auch beibehalten werden müssen, da die BewohnerInnen nie zu 100% geschützt werden können.

„[...] aber bei bestimmten Fällen [...] kann man //I: mhm// beim Bewohner, die wirklich nicht mehr entscheiden, [...] oder abschätzen können was gefährlich ist oder nicht. Aber Stürze das wird immer geben, das weiß ich, ja so. Das ist schon normal, weil man kann umfallen //I: mhm// jede Zeit, so. Ganz 100%ig schützen kann man niemanden. [...]“ (Zitat Interview F, S. 16, Z. 47 r – 48 h)

Der Großteil der befragten DGKS war der Meinung, dass Veränderungen hinsichtlich des Umgangs mit FBM in naher Zukunft stattfinden werden. Grund dafür sind die vermehrten Kontrollen seitens der BewohnervertreterInnen und auch die Miteinbeziehung neuer Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen, die oft neue Erfahrungen und Sichtweisen in die Pflegepraxis bringen.



Abbildung 11: Pflegepersonen im Spannungsfeld FBM

4 Entscheidungsprozess bzgl. Anwenden und Unterlassen von FBM durch Intra-, Interdisziplinäre und extramurale Zusammenarbeit

Diese Hauptkategorie beschäftigt sich mit dem Entscheidungsprozess bzgl. Anwenden und Unterlassen von FBM durch intra-, interdisziplinäre sowie durch extramurale Zusammenarbeit. In diesem Zusammenhang haben sich zwei Unterkategorien herausbilden lassen. Die erste handelt über die intradisziplinäre Zusammenarbeit -innerhalb des Pflorgeteams- und über die interdisziplinäre Zusammenarbeit, d.h. die Zusammenarbeit zwischen Pflege- und Ärzteteam. Die zweite Unterkategorie beinhaltet hingegen die Zusammenarbeit zwischen Pflorgeteam und BewohnervertreterInnen sowie zwischen Pflorgeteam und Angehörigen.

Eine Art Verbindung zwischen den zwei Unterkategorien stellt die Meldung von FBM dar.

4.1 Entscheidungsfindung durch Intra- und Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die erste Kategorie beinhaltet die Entscheidungsfindung bzgl. FBM, innerhalb des Pflorgeteams und zwischen Pflorgeteam und StationsärztInnen. Bevor eine FBM zum Einsatz kommt, wird im Rahmen von täglichen Teambesprechungen über mögliche Vor- und Nachteile der in Betracht gezogenen FBM diskutiert.

„Wir machen immer ääh (,) Besprechungen // I: mhm // das heißt jede Tag, was gibts neues. Ääh wenn jemand öfters stürzt dann überlegt man sich warum tut er das //I: mhm// was kann man dagegen tun, dass das nie wieder vorkommt [...] und darüber reden wir wirklich tagtäglich und [...] bevor wir was entscheiden, da möchte ich Meinung von jede von Personal [...]“
(Zitat Interview B, S. 9 f., Z. 36 b-w)

Aus den Aussagen einer Pflegeperson lassen sich deutliche Spannungen innerhalb des Teams feststellen, wobei die Inhalte der täglichen Besprechungen von manchen Pflegepersonen bejaht werden, während die Umsetzung in die Praxis hingegen ganz anders aussieht. Des Weiteren wird hier deutlich, dass manche Pflegepersonen aufgrund des Zeitmangels oder des Mangels an Geduld die Methode der medikamentösen Maßnahmen bevorzugen. Sie tendieren in diesen Fällen oft auch vorzeitig und unreflektiert auf diese Maßnahmen überzugehen.

„Das Team, ich sag Ihnen, das Team wenn bei, bei Besprechung die sind alle einverstanden. Jede einverstanden mit die Meinung von anderen aber gemacht (,) das ist die Frage //I: mhm// ob wird das durchgeführt. Bei manchen Schwestern (,) haben keine Geduld mehr mit der Beschäftigung oder hat keine Zeit zur Beschäftigung und so und das ist nur die leichte Methode, leichte Maßnahme ist dann eben die Medikamente zu geben [...]“ (Zitat Interview E, S. 11, Z. 45 a-f)

Haben sich die Pflegepersonen für oder gegen eine FBM entschieden so besprechen sie das Ganze nochmals mit dem/der Stationsarzt/-ärztin. Die Entscheidung für oder gegen eine FBM obliegt letztendlich dem/der Arzt/Ärztin.

„[...] Bei Bewohnern ist diese Maßnahme nicht mehr notwendig, dass wir dann mit dem Arzt besprochen, Stationsärztin und dann wird entweder abgemeldet oder wir tun ma weiter beobachten und berichten wie das weiter ist. [...]“ (Zitat Interview F, S. 1, Z. 3 b-f)

Dass das Anwenden bzw. das Unterlassen im intradisziplinären Team besprochen wird und die Hauptentscheidung dem/der Arzt/Ärztin obliegt, gibt manchen der befragten Pflegepersonen ein Gefühl der Absicherung und Beruhigung.

„[...] ich weiß wir hat ma dieser Fall besprochen. Ich mache das nicht dass ich will beschränken //I: mhm// Bewohner, das hat auch die Frau Doktor entschieden, dass da so viel Gefahr, das waren mehrere dabei, da besteht diese Gefahr [...]“ (Zitat Interview F, S. 13, Z. 40 b-f)

Aus dem Großteil der Aussagen geht hervor, dass das Anwenden einer oder mehrerer FBM sehrwohl im Pflorgeteam und zwischen Pflorgeteam, ÄrztInnen und Bewohnervertretung vorher besprochen und gut durchdacht wird.

4.2 Entscheidungsfindung durch extramurale Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit mit den BewohnervertreterInnen wurde von den InterviewpartnerInnen deutlich hervorgehoben. Die DGKS holen sich Vorschläge von dem/der Bewohnervertreter/in ein. Diese/r besucht regelmäßig, auch unangekündigt, die Pflegeheime um sich die Situation bzgl. FBM anzuschauen bzw. zu kontrollieren. Des Weiteren werden von den BewohnervertreterInnen nicht selten Informationsstunden angeboten.

„[...] wir werden auch von der Bewohnervertreterin regelmäßig oder unregelmäßig ohne Anmeldung //l: mhm// natürlich kontrolliert. [...]“ (Zitat Interview C, S. 6, Z. 29 i-k)

Alle InterviewpartnerInnen nehmen das Informationsangebot sowie die Besuche der BewohnervertreterInnen als Bereicherung an und freuen sich über die Zusammenarbeit.

„[...] ich sehe sie nicht als Feind, sondern ich sehe sie als die beratende Stelle. (...) Ähm ich rufe auch zwischendurch an und sag was halten sie von dem Fall äh würden sie da, würden sie nicht.“ (Zitat Interview A, S. 8, Z. 42 k-n)

Bei zwei Interviews kam auch die Zusammenarbeit mit den Angehörigen zur Sprache. Es wird versucht, mit ihnen Kontakt aufzunehmen oder sie werden bereits bei der Aufnahme ihrer Liebsten über die mögliche Anwendung von FBM informiert.

„[...] und wenns Angehörige sind, dann muss man halt mit den Ongehörigen versuchen a Gespräch zu finden [...]“ (Zitat Interview D, S. 6, Z. 19 c-e)

„[...] Es werden aber auch alle Angehörigen über die Möglichkeiten und über die Maßnahmen von Freiheitsbeschränkungen informiert, von vornherein schon. [...]“ (Zitat Interview C, S. 6, Z. 29 k-m)

Während der Interviews waren alle InterviewpartnerInnen sehr bedacht, die Meldung der FBM an die BewohnervertreterInnen hervorzuheben. Diese stellt eine Art Verbindung zwischen den zwei Unterkategorien her. Laut InterviewpartnerInnen werden die FBM bereits bei der Aufnahme von dementen BewohnerInnen in den Pflegeheimen sowie bei BewohnerInnen, die einen Wandertrieb aufweisen und in dem Zusammenhang das Haus verlassen könnten, gemeldet. Auch werden FBM gemeldet, die länger als 24 Stunden angewendet werden, und wenn die Medikamentendosierung erhöht wird.

„Natürlich, muss ja besprochen werden [...] dokumentiert sein [...] natürlich, muss gemeldet werden [...] muss auch verlängert werden [...]“ (Zitat Interview S. E, S. 9, Z. 29 a-d)

„Normalerweise wenn die Bewohnerin zu uns kommt und (,) ähm (...) Dement ist, und oder desorientiert und kann sie zum Beispiel sie möchte heraus aber sie kennt dieses Code nicht zum Beispiel, dann muss man das sofort melden, [...]“ (Zitat Interview B, S. 5, Z. 24 a-d)

„[...] Weil das ist gleich gemeldet wenn die sehen aha Bewohner mehr schläft am Tag wie in der Nacht. Ja (?). Das ist nicht richtig. Das ist sehr wahrscheinlich dann die Ärzte reagieren sofort. [...]“ (Zitat Interview F, S. 1, Z. 2 p-s)

Obwohl die meisten Befragten wie bereits beschrieben das Anwenden von medikamentösen FBM oft nicht ausdrücklich erwähnten, bekräftigten bzw. wiesen sie um so mehr auf die Meldung dieser FBM-Gruppe hin. Auch die Meldung des Türcodes wurde deutlich zum Ausdruck gebracht. Die Meldung von anderen, einzelnen FBM, zum Beispiel der Bettseitenteile, wurde hingegen in den Gesprächen nicht explizit erwähnt, sondern eher in verallgemeinerter Form angesprochen.

Entscheidungsfindung durch ...

Intra- und Interdisziplinäre
Zusammenarbeit

Extramurale
Zusammenarbeit

Meldung von FBM

Abbildung 12: Entscheidungsprozess bzgl. Anwenden und Unterlassen von FBM durch Intra-, Interdisziplinäre und extramurale Zusammenarbeit

5 Alternativmethoden

Folgende Kategorie vertieft das Anwenden von Alternativmethoden. Bei der Analyse der Frage ob und welche Alternativmethoden angewendet werden stellten sich vier Unterkategorien heraus.

Im Folgenden werden die in den untersuchten Pflegeheimen angewendete Alternativmethoden erläutert. Dazu gehören jene, die am Bett, im Rollstuhl angewendet werden sowie solche, die sich für mobile BewohnerInnen als geeignet beweisen. Zudem werden Alternativmethoden, die von den befragten DGKS als solche definiert werden, näher ausgeführt.

5.1 In den Pflegeheimen angewendete Alternativmethoden

Zunächst werden hier die Alternativmethoden, die im Rollstuhl angewendet werden erläutert. Als solche wurden die Antirutschkissen und die Antirutschmatte genannt, wobei die Antirutschkissen lediglich von einer Pflegeperson erwähnt wurden.

„[...] Antirutschkissen im Se, im Rollstuhl drinnen gö (?) //l: mhm// wo die Bewohner bissl besser fixiert sind damit //l: mhm// sie do eben net heraussutschen. Zum Beispiel viele Bewohner sind ja do in der Hüfte sehr eingeschränkt gö (?) wenn sie so steif sind schon gö [...] normalerweise müsstest sie dann vielleicht ähm zum Beispiel mit einem Sitzgurt fixieren [...] des konnst aber dann verhindern indem dass a Sitzkissen nimmst [...]“ (Interview D, S. 11, Z. 36 i-p)

Zu den Alternativmethoden, die am Bett eingesetzt werden, wurden die Demenzmatten bzw. die Sensormatten und die Niederflurbetten genannt. Noch dazu wurde der Sensorbalken genannt. Dieser wurde allein in einem Pflegeheim getestet. Aufgrund der zu hohen Kosten wurde der Sensorbalken jedoch nicht gekauft und dessen Anwendung nicht weiter fortgesetzt.

„[...] Ich hab ausgetestet ähm etwas was mir sehr gut gefallen hat, an und für sich des ähm einen Sensorbalken [...]“ (Interview D, S. 9, Z. 32 b-d)

Ergänzend werden Alternativmethoden genannt, die für mobile BewohnerInnen in Frage kommen könnten. Hierzu zählen Rutschsocken, *Schuhe mit rutschsicheren Sohlen und Klettverschlüssen* (vgl. Interview C, S. 5, Z. 23 k-n), Hüftprotektoren und das Notrufarmband als Alternativmethoden.

5.2 Von den DGKS definierte Alternativmethoden

Die zweite Unterkategorie stellt die Methoden dar, die laut den interviewten Pflegepersonen als Alternativmethoden betrachtet werden können und welche auch in den Pflegeheimen Anwendung finden. Hierzu zählen die geteilten Bettseitenteile sowie die schräg gestellten Bettseitenteile oder ein Handtuch im Rollstuhl als Hilfestellung für eine aufrechte Körperhaltung. Des Weiteren wurde von einer Pflegeperson die Anwendung von Baldriantropfen sowie von Milch mit Honig geschildert. Diese werden vor allem am Abend oder in der Nacht angewendet um von den Schlafmitteln wegzukommen.

„[...] ansonsten arbeite ich teilweise mit diesen Baldriankapseln. [...] Und es funktioniert auch die warme Milch mit Honig. [...] die Leut nehmen es an.“ (Zitat Interview A, S. 11, Z. 69 c-h)

Um unruhige BewohnerInnen zu beruhigen wurde das Anwenden von Musik und Aromatherapie von einer Pflegeperson geschildert. Diese betonte auch die Bedeutsamkeit, den BewohnerInnen Gespräche anzubieten und sie so viel wie möglich zu beschäftigen.

„Beschäftigung [...] wenn [...] der Bewohner ist sehr beschäftigt am Tag dann in der Nacht hat eine Ruhe. [...] aber wir haben ein Problem natürlich hier mit der Zeit [...]. Wir können nicht alle Leute beschäftigen [...] Mmh Musik ist auch, das bringt auch Beruhigung. Ich verwende zum Beispiel für meine Bewohner Aroma (,) -therapie [...] und bevor ich gebe die Medikamente ich versuche zuerst mit der Aromatherapie [...] einschmieren, beruhigende Einschmie äh ähm //: Einreibung// mit Lavendel und so. Reden, Gespräche

einfach und sehr wichtig ist, es muss immer einen Grund warum die Bewohner ist unruhig ist [...]. Man muss zuerst dann wissen, warum ist sie unruhig, plötzlich unruhig ist vielleicht hat sie durst, vielleicht hat sie ah Harndrang, Stuhldrang oder sie will einfach eine Aufmerksamkeit haben [...] (Interview E, S. 10, Z. 41 a-r)

Zusätzlich wurde das Anwenden der Validationstechnik genannt. Dies ist eine Methode, die insbesondere bei über 75jährigen verwirrten, dementen Menschen angewendet werden kann, um mit ihnen eine Kommunikationsbeziehung aufbauen, sich in ihre Welt hineinversetzen und vor allem ihre Gefühle verstehen zu können. Durch diese Technik wird es den BewohnerInnen ermöglicht, sich sei es verbal als auch nonverbal auszudrücken (vgl. European Validation Association 2011) und infolgedessen gleiten sie „weniger häufig in ein fortgeschrittenes Stadium der Desorientierung“ ab. (European Validation Association 2011) Wie oft und an welchen BewohnerInnen diese durchgeführt wird wurde nicht erwähnt. Obwohl der Therapeutisch am Rollstuhl eine FBM darstellt, wurde dieser von einer befragten DGKS als eine Alternativmethode angesehen.

Für die meisten befragten DGKS war es selbstverständlich, dass zunächst Alternativmethoden Anwendung finden sollen und erst wenn diese keinen Nutzen erbringen, dürfen FBM in Erwägung gezogen bzw. eingesetzt werden.

„[...] es müssen gelindere Maßnahmen vorher zur Anwendung kommen [...]“ (Zitat Interview C, S. 2, Z. 11 e-f)



Abbildung 13: Alternativmethoden

6 BewohnerInnen, die von FBM betroffen sind

Folgende Kategorie beinhaltet das Thema BewohnerInnen und FBM. Auch zu diesem Thema haben sich zwei Unterkategorien bilden lassen. Diese beinhalten die von FBM meist betroffenen BewohnerInnen und beschreiben den Umgang von diesen BewohnerInnen mit FBM.

6.1 Betroffenengruppen unter den BewohnerInnen

Bei der Analyse der Interviews stellte sich heraus, dass vor allem Demenztote mit oder ohne Fluchtintendenz, verwirrte, desorientierte und unruhige BewohnerInnen sowie BewohnerInnen, die bereits Stürze erlitten haben, in ihrer Freiheit beschränkt werden. Weiters werden BewohnerInnen beschränkt, die zum Beispiel aufgrund einer Halbseitenlähmung keine aufrechte Körperhaltung mehr haben oder solche, die sich eine FBM wünschen.

„[...] Demente Menschen, die holt ähm meistens eher unruhig sind //!:/mhm// und die schon Stürze gehabt haben. [...] bzw. eine davon ist auf eigenen Wunsch [...]“ (Interview D, S. 12, Z. 44 a-d)

„Das sind die Bewohner mit Demenz [...] oder Verwirrtheitszustände ja [...] Demenz und Desorientiertheit hauptsächlich, ja.“ (Interview B, S. 3, Z. 16 a-c)

Die Ergebnisse zeigen, dass wenn sich die BewohnerInnen den FBM widersetzen, sie dies vor allem in Form nonverbaler Kommunikation, wie zum Beispiel an den Bettseitenteilen zu scheppern oder drüber zu klettern, tun.

Zu den am öftesten durch FBM betroffenen BewohnerInnen zählen insbesondere kognitiv eingeschränkte, wie demente BewohnerInnen, unruhige sowie jene mit einer Halbseitenlähmung, sowie und die die bereits Stürze erlitten haben.

6.2 Umgang betroffener BewohnerInnen mit FBM

Laut Aussagen der meisten Befragten kommt es heutzutage kaum mehr vor, dass sich BewohnerInnen den FBM widersetzen. Grund dafür sind u.A. die vermehrte Verhaltensbeobachtung und das Erlernen von spezifischen Umgangsmethoden wie zum Beispiel die Validation.

„Das war Früher sehr oft der Fall. //I: mhm// Das ist jetzt schon Jahre her. //I: und // Man hat ja gelernt in den letzten Jahren äh besser damit umzugehen, ja (?) //I: mhm// allein durch Ausbildung Validation und so, ja.“ (Interview C, S. 3, Z. 15 a-d)

Falls ablehnendes Verhalten auftritt, kommt es meistens zu nonverbalen Widersetzungen. Manche BewohnerInnen scheppern an den Bettseiten, Andere versuchen regelmäßig aufzustehen auch wenn sie durch einen Sitzgurt fixiert sind oder sie klettern über die Bettseitenteile. Non-verbales Verhalten zeigt sich auch wenn z. B. BewohnerInnen weinerlich, ängstlich oder unruhig sind.

„[...] So unruhig und //I: mhm// ängstlich, weinerlich. Verbal auch, manche können auch sagen: ich will nicht ins Bettgitter [...]“ (Interview E, S. 7, Z. 27 d-e)

Verbale Äußerungen finden in Form von konkreten, ablehnenden Erklärungen Ausdruck.

Die Grafik zeigt hier nochmals die Hauptkategorie mit den zwei Unterkategorien.

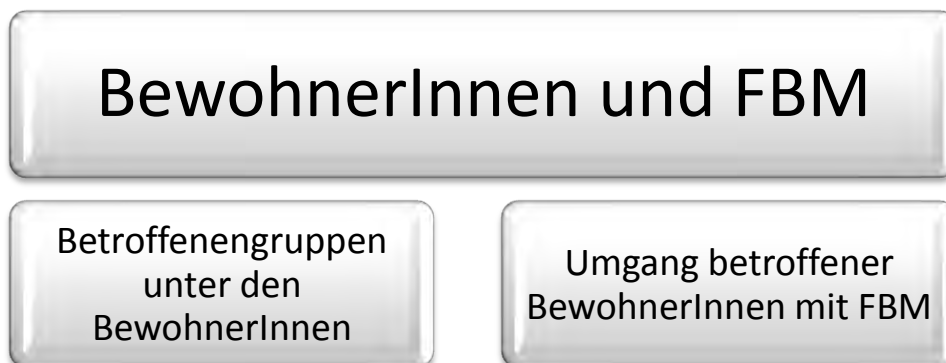


Abbildung 14: BewohnerInnen, die von FBM betroffen sind

7 Angehörige von durch FBM betroffene BewohnerInnen

Diese Hauptkategorie beschäftigt sich mit den Angehörigen und deren Wünsche hinsichtlich Anwendung und Unterlassung von FBM und wie Pflegepersonen mit den Wünschen der Angehörigen umgehen. Mehrere Kategorien haben sich bei der Analyse herausbilden lassen.

Die erste Kategorie vertieft die Wünsche der Angehörige hinsichtlich FBM, die zweite hingegen den Umgang, wie die Angehörige mit den FBM an ihren Liebsten umgehen.

7.1 Wunsch der Angehörigen

„[...] sehr oft geht ja der Wille oder die Forderung von Angehörigen in ihrer Angst //l: mhm// und die Sicherheit ihrer Angehörigen aus [...]“ (Zitat Interview C, S. 6, Z. 29 t-v)

Laut Aussagen der interviewten DGKS äußern Angehörige häufig den Wunsch ihre Liebsten in ihrer Freiheit zu beschränken. Grund dafür sind meistens Ängste und Befürchtungen, dass sich ihre Liebsten verletzen bzw. ihnen etwas zustoßen könnte, wie aus der Aussage des unten angeführten Interviews B hervorgeht. Eine befragte Pflegeperson ist außerdem der Meinung, dass manche Angehörige oft nicht nachvollziehen, warum FBM angewendet bzw. unterlassen werden.

„[...] Natürlich von Angehörigen wird es nicht immer richtig (...) angesehen, richtig verstanden, warum machma das, war oder manchmal warum machma das nicht? [...] so wie mit Seitenteilen. Warum //l: genau// geben sie die Seitenteile nicht hoch? Sie stürzt. Und dann aber sie denken nicht daran, dass kann noch was schlimmeres kommen, nicht? [...]“ (Zitat Interview B, S. 12, Z. 40 v-z)

Das kann sogar dazu führen, dass ängstliche und besorgte Angehörige Drohungen gegen das Pflegepersonal aussprechen.

„[...] aber es gibt dann trotzdem Angehörige, die holt //I: mhm// vehement darauf bestehen oder ja, oder auf Drohung ja wenn irgendwas passiert, dann sinds ihr //I: mhm// Schuld [...]“ (Zitat Interview D, S. 6, Z. 19 e-h)

Solche Situationen erhöhen den Druck auf die Pflegepersonen und drängen sie oftmals in ein Dilemma schwieriger Entscheidungen.

„[...] wenn die Angehörigen kommen und sogn sie wollen, dass da Seitengitter hinaufgezogen wird, [...] das ist da sehr schwierig oft zu entscheiden gö (?) wennst selber nicht das Gefühl hast, dass das nicht unbedingt sein soll aber der Angehörige sehr vehement darauf (,) ähm drängt [...], man ist da wirklich in einer Schere oft [...] was sollst jetzt entscheiden gö (?) [...] eigentlich musst di beim Bewohner entscheiden ja (?) [...] andererseits musst wieder damit rechnen, passiert was ist dann die Situation a wieder (,) holt auch wieder ein Problem [...]“ (Zitat Interview D, S. 5f., Z. 17 c-n)

7.2 Umgang mit den Wünschen der Angehörigen

Die Pflegepersonen versuchen so gut wie möglich und mit unterschiedlichen Vorgehensweisen mit den Wünschen der Angehörigen umzugehen.

Nur eine DGKS teilte mit, dass die Angehörige über das Anwenden und Unterlassen von FBM und Alternativmethoden informiert und aufgeklärt werden.

„[...] Angehörige werden darüber informiert welche zur Anwendung kommen könnten und wie das zu melden ist und dass das nicht so einfach ist //I: mhm// jeden zu beschränken. //I: mhm// und einzuschränken [...]“ (Zitat Interview C, S. 6, Z. 29 q-s)

Andere DGKS beobachten ob die betroffenen BewohnerInnen eine FBM brauchen oder nicht und besprechen die wahrgenommenen Situationen im Team und versuchen dementsprechend sich die bestmögliche Lösung gemeinsam zu überlegen und zu erarbeiten.

„[...] selbstverständlich hier tumma zuerst ja, schon [...] schauen, beobachten oder so. Ja, weil, man kann nicht wissen. [...]“ (Zitat Interview F, S. 14, Z. 43 a-c)

„[...] wenn die Angehörige sagen: bitte geben Sie die Gitter hoch, ich möchte nicht, dass //l: mhm// die Mutter stürzt oder (,) wir müssen trotzdem entscheiden //l: mhm// gebma wir die Gitter hoch?“ (Zitat Interview B, S. 7, Z. 30 m-o)

Angehörige bringen oft ihre gutgemeinten Wünsche bzw. Forderungen zum Ausdruck, wie an ihren Liebsten eine FBM anzuwenden. Für die Pflegepersonen ist es oft nicht leicht damit umzugehen und sie stecken oft in einem Dilemma, dies insbesondere wenn die Angehörigen Drohungen dem Pflegepersonal gegenüber aussprechen.

Um mit diesen Wünschen und Forderungen bestmöglich umzugehen, werden die Angehörigen vom Pflegeteam aufgeklärt, über mögliche Vor- aber vor allem Nachteile von FBM. Weiters werden die betroffenen BewohnerInnen von den zuständigen DGKS/P in ihrem Verhalten beobachtet. Die wahrgenommene Situation bzw. das wahrgenommene Verhalten wird dann im Pflegeteam angesprochen und es wird versucht die bestmögliche Entscheidung zu treffen und die optimale Lösung zu finden.

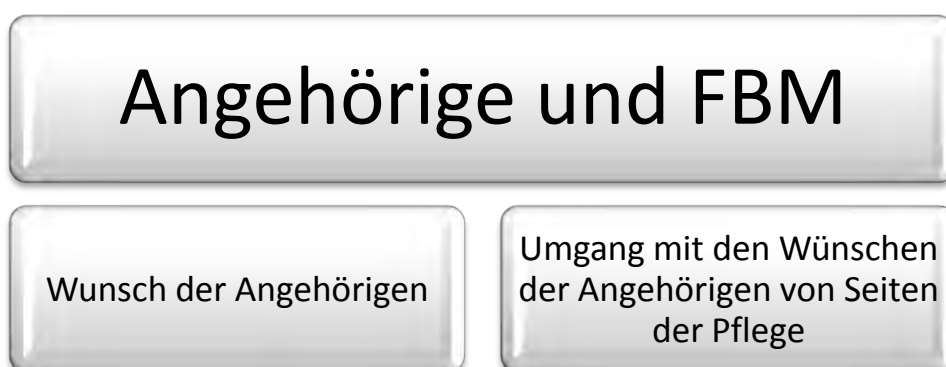


Abbildung 15: Angehörige von durch FBM betroffene BewohnerInnen

8 Auseinandersetzung mit dem Thema FBM und Alternativmethoden

Folgende Kategorie stellt die Auseinandersetzung des Pflegeteams mit der Thematik FBM und Alternativmethoden dar. Sie besteht aus drei Unterkategorien wobei diese die Anliegen Fortbildung, Überlegungen und Meinungsverschiedenheiten in Anbelangen FBM und Alternativmethoden vertieft.

8.1 Auseinandersetzung mit dem Thema FBM und Alternativmethoden im Rahmen von Fortbildungen

In einem von den drei Pflegeheimen besteht ein regelmäßiges Angebot an Fortbildungen sowie von BewohnervertreterInnen angebotene Schulungen zum Thema FBM und Alternativmethoden.

„Ich denk schon, ja, ja. Letztes Mal hamma im Haus, wann war das? In März (überlegend) eine Schulung gehabt [...] und jetzt hamma wieder in (,) wann ist das (?) den 9. Juli.“ (Zitat Interview B, S. 12, Z. 42 a-c)

„Also ich schau, dass ich mindestens einmal im Jahr so eine Schulung hob. //I: mhm// Aber wir können jederzeit zwischendurch die Bewohnervertreterin anfragen und fragen ob sie uns irgendwas anderes bei einem bestimmten Bewohner //I: mhm// vorschlagen oder //I: ja // empfehlen könnte. (Zitat Interview C, S. 8, Z. 37 a-e)

In einem Pflegeheim werden selten Fortbildungen bzw. Schulungen angeboten. Hier werden die Pflegepersonen auf einen Katalog über Alternativmethoden sowie auf die „Handlungsrichtlinien zur Sturzprophylaxe“, welche in der Pflegedirektion aufliegt, aufmerksam gemacht.

„Ähm Schulungen und Fortbildungen eher weniger [...] ich weis sie immer wieder daraufhin, dass hier a Katalog aufliegt wo sie sich ähm eben des anschauen können [...]“ (Zitat Interview D, S. 13, Z. 50 a-h)

Ob diese Möglichkeit auch für den DGKS in Frage kommt wurde jedoch nicht erörtert.

8.2 Auseinandersetzung mit dem Thema FBM und Alternativmethoden durch vermehrtes Überlegen

Durch das vermehrte Dokumentieren im Rahmen des Pflegeprozesses, durch Beobachtung des Umgangs des/r Bewohners/in mit FBM und Alternativmethoden besteht ein zunehmendes Überlegen von Seiten der Pflegepersonen. Auch durch die in einem Pflegeheim angewendete Bezugspflege erweckt sich bei manchen Pflegepersonen mehr Interesse und Motivation zum überlegten Handeln.

„[...] seit wir diese Bezugspflege haben und ich glaube jetzt gehen wir richtig in diese Richtung. (,) Äh ich sehe [...] Mitarbeiter sind mehr äh (,) irgendwo interessiert und die kommen schon selbst mit Vorschlägen, ja (?) //: mhm// ob braucht man das wirklich oder da vielleicht könnte das gefährlich sein oder so (,) [...]“ (Zitat Interview F, S. 8, Z. 23 c-i)

In gleicher Weise führen aber auch tragische Nachrichten, die durch die Medien veröffentlicht werden, zu einer erhöhten Auseinandersetzung mit der Thematik.

8.3 Auseinandersetzung mit dem Thema FBM und Alternativmethoden durch Meinungsverschiedenheiten

Dadurch, dass im Pflegebereich generell oft viele unterschiedliche Meinungen herrschen, wird auch der Themenkreis FBM und Alternativmethoden davon nicht ausgeschlossen. Laut einigen Aussagen herrschen Meinungsverschiedenheiten sowohl zwischen einzelnen Pflegepersonen als auch innerhalb des Pflgeteams und zwischen Pflegepersonen und BewohnervetreterInnen. Aus den Aussagen heraus lässt sich die Ursache schließen, dass nicht selten mangelndes Wissen zu dieser Thematik herrscht. Den Pflegepersonen ist oft unklar, was als FBM definiert wird und was nicht, oder wann eine FBM und wann eine Alternativmethode angewendet werden soll. Beispielhaft dafür sind folgende zwei Zitate.

„[...] wann Bewohner zum Beispiel jetzt sitzt in Rollstuhl //I: ja// und die Schlange gibt man so unter Arme bis nach hinten. //I: genau// Ist das Freiheitsbeschränkung oder ist es nicht [...]“ (Zitat Interview B, S. 11f., Z. g-i)

„Mit Zahnarzt verstehe ich schon, weil es ist ähm [...] es tut weh [...] und oder die machen nicht auf den Mund aber zum Beispiel ein Röntgen, eine Sonographie, Frisur, Fußpflege, duschen [...] Wir geben eine Temesta. (,) Ja, eine hochkonzentrierte [...]“ (Zitat Interview E, S. 15, Z. 67 b-g)

Außerdem finden einige Pflegepersonen, dass immer noch zu große Unterschiede und Ungerechtigkeiten zwischen Psychiatrie, Behindertenbereich, Krankenhaus und Pflegeheimen herrschen. Laut einer Pflegeperson sollte betreffend FBM in allen Bereichen eine gemeinsame Vorgehensweise gefunden werden.

„[...] es sind noch meiner Meinung nach noch die Unterschiede zu Groß zwischen einem Pflegeheim, einer Psychiatrie oder einem Behindertenbereich und dem Krankenhaus. Und das Krankenhaus hat noch immer so eine Sonderstellung. [...] Und des (...) ist nicht fair. Warum dürfen die im Krankenhaus //I: mhm// ois und wir dürfen nicht und uns klopft man auf die Finger (,) und des ist nicht in Ordnung. [...]“ (Zitat Interview A, S. 7, Z. 40 l-s)

Weiters erlebte dieselbe Interviewpartnerin aufgrund der unterschiedlichen Sichtweisen zwei Gerichtsverhandlungen betreffend der Anwendung von FBM.

„[...] ich habe in einer anderen, einer anderen Arbeitsstelle zwei (,) Gerichtsverfahren miterlebt. Einmal zugunsten des Bewohners (,) also praktisch zu Gunsten des Heimes //I: mhm// und einmal zu Gunsten des Gerichts, also einmal Gewonnen einmal Verloren. [...]“ (Zitat Interview A, S. 5, Z. 33 m-g)

Dies zeigt deutlich, dass es stets oft noch große Diskrepanzen bzw. Lücken gibt im Umgang mit FBM und vor allem auch im Denken über FBM.

Trotz Fortbildungen, die in einem Pflegeheim angeboten werden und obgleich die Pflegepersonen vermehrt für die Thematik sensibilisiert werden, gibt es immer noch Meinungsverschiedenheiten, die das korrekte Anwenden von FBM und deren Alternativmethoden erschwert bzw. erschweren kann.

Auseinandersetzung mit dem Thema FBM und Alternativmethoden

Fortbildungen

Überlegungen

Meinungs-
verschiedenheiten

Abbildung 16: Auseinandersetzung mit dem Thema FBM und Alternativmethoden

9 Spannungsfelder im Bereich FBM

Durch eine neunte Kategorie möchte die Autorin noch auf die während der Analyse festgestellten Spannungsfelder zwischen den einzelnen Interviews hinweisen.

9.1 Spannungsfeld: Sichtweise der DGKS

Die Mehrheit der DGKS war der Meinung, dass FBM eine positive Wirkung auf die Lebensqualität der BewohnerInnen ausüben. Die FBM bieten den Betroffenen Schutz, Sicherheit und reduzieren die Sturzgefahr. Voraussetzung dafür ist das überlegte, im Pfltegeteam besprochene und gezielt eingesetzte Anwenden von FBM. Wenn sie hingegen blind sowie unüberlegt eingesetzt werden und wenn sie eine Behinderung für die BewohnerInnen darstellen, so waren sich einige DGKS einig, dass FBM die gegenteiligen Wirkungen auf die BewohnerInnen ausüben. Lediglich zwei der Befragten waren der Ansicht, dass FBM, insbesondere die Bettseitenteile, eine negative, nämlich eine angstmachende Wirkung hervorrufen. Zudem war eine DGKS der Meinung, dass die Auswirkungen auf die Lebensqualität der BewohnerInnen von den Betroffenen selbst abhängen. Das heißt je nach dem wie die BewohnerInnen den FBM gegenüber stehen, wirken sie sich auch in unterschiedlicher Weise, auf ihre Lebensqualität aus.

Einige DGKS waren der Ansicht, dass immer noch viel zu große Unterschiede und Ungerechtigkeiten gibt zwischen Pflegeheim, Psychiatrie und Behindertenbereich. Außerdem äußerte eine DGKS den Wunsch auf eine gleiche Vorgehensweise für all diese Einrichtungen.

9.2 Spannungsfeld: Medikamentöse FBM vs. körperliche FBM

Spannende Ergebnisse zeigten sich bei der Analyse der Fragen über die Meldung von FBM. Während das Anwenden der medikamentösen FBM eher mit Vorsicht bzw. gar nicht angesprochen wurde, betonten die DGKS umso mehr die Meldung dieser FBM-Gruppe. Bei den körperlichen FBM hingegen wurde die Meldung nicht spezifisch auf diese Gruppe bezogen, sondern eher nur in allgemeiner Form erwähnt. Außerdem wurde das Einsetzen von körperlichen FBM ohne Bedenken angemerkt.

9.3 Spannungsfeld: „Wissen“

Trotz Sensibilisierung für das Thema FBM, und der Zusammenarbeit mit den BewohnervertreterInnen, fällt es den Pflorgeteams immer noch schwer zu unterscheiden, welche Maßnahmen bereits zu den FBM und welche zu den Alternativmethoden gehören sowie wann eine Alternativmethode zum Einsatz kommen soll.

Eine weitere viel sagende Äußerung kam von einer DGKS, die der Ansicht war, demente BewohnerInnen anhand eines Sitzgurtes beschränken zu müssen, um zu vermeiden dass sie die Steinchen der Zimmerpflanzen essen.

9.4 Spannungsfeld: Vergangenheit vs. Zukunft

Ein weiteres Spannungsfeld stellt das Thema der bisherigen und zukünftigen Entwicklungen hinsichtlich FBM dar. Während sich die Mehrheit der InterviewpartnerInnen darüber einig war, dass bereits große Veränderungen und auch Verbesserungen im Bereich FBM stattgefunden haben erklärte eine interviewte DGKS, dass heutzutage mehr Beschränkungen vorgenommen werden als in der Vergangenheit.

Im Bezug auf die Zukunft war auch wiederum die Mehrheit der befragten DGKS davon überzeugt, dass Veränderungen bzw. Verbesserungen im Bereich der FBM stattfinden werden. Einige DGKS jedoch waren der Meinung, dass in Zukunft keine Veränderungen stattfinden werden und dass bestimmte FBM beibehalten werden müssen, da die BewohnerInnen nicht zu 100% geschützt werden können.

9.5 Spannungsfeld: Teamgemeinschaft

Sogar innerhalb des Pflorgeteams zeigten sich deutliche Differenzen. Eine DGKS war der Meinung, dass gemeinsam besprochene und getroffene Entscheidungen von manchen Pflegepersonen nicht eingehalten bzw. umgesetzt werden und dass einige Pflegepersonen aufgrund des Zeitmangels und sogar eines Mangels an Geduld dazu neigen, voreilig auf medikamentösen FBM überzugehen.

Die hier beschriebenen Problemfelder zeigen deutlich, dass sich die Sichtweisen und die Erlebnisse der Befragten spürbar unterscheiden und dass es noch große Unsicherheiten, Meinungsverschiedenheiten und Konfrontationen innerhalb der Pflorgeteams gibt.



Abbildung 17: Spannungsfelder im Bereich FBM

X Beantwortung der Forschungsfragen

Im Folgenden wird versucht anhand der Ergebnisse die Forschungsfragen zu beantworten.

1. Wie erleben die Pflegepersonen das Setzen einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme an den BewohnerInnen?

Wie in der Ergebnisdarstellung bereits erörtert wurde, äußern die befragten DGKS vorwiegend positive Emotionen während des Anwendens einer FBM zu erleben. Voraussetzung dafür sind ausführliche Besprechungen und Überlegungen im intradisziplinären Team. Wird dies gewährleistet, so durchleben die PP ein sicheres, beruhigendes Gefühl. Gelingt es den DGKS durch FBM Stürzen vorzubeugen, die Fluchttendenz zu mindern, die BewohnerInnen zu sichern, ihnen im Rollstuhl eine aufrechte Körperhaltung zu gewährleisten, damit sie am sozialen Leben im Pflegeheim teilnehmen können, so sind die DGKS der Ansicht gut, sicher und Verantwortungsvoll für die BewohnerInnen gesorgt und somit die eigene Berufspflicht erfüllt zu haben. Werden jedoch mobile BewohnerInnen in ihrer Freiheit beschränkt, so äußerte eine DGKS negative Gefühle zu erleben.

Schon lediglich der Gedanke daran, keine FBM an den BewohnerInnen durchzuführen, löste bei den Befragten furchterregende Gefühle aus. Die DGKS berichten über Ratlosigkeit, Mitleid, Schuldgefühle und Furcht, sowie das Gefühl die Arbeitspflicht nicht erfüllt zu haben, falls sie eine FBM dem Team nicht vorschlagen und/oder nicht anwenden.

Im Zuge der Untersuchung kam die Autorin zu der Erkenntnis, dass die Gefühle der Ratlosigkeit und der Furcht eine Art Verbindung zwischen den positiven Gefühle beim Anwenden und den negativen Gefühle beim Unterlassen einer FBM bilden, bzw. dass sie das Dilemma darstellen, welches

das Anwenden und/oder Unterlassen einer FBM bei den DGKS auslösen kann. Die PP stecken in einem Teufelskreis was dies betrifft. Besteht bei einem/r Bewohner/in die Gefahr in der Nacht aus dem Bett zu fallen, so würden die DGKS die Bettseitenteile anwenden. Andererseits besteht wiederum das Risiko, das der/die Bewohner/in über die Bettseitenteile klettert. Dieses Beispiel lässt erkennen, in welcher Zwickmühle die DGKS oft stecken und wie schwierig es für sie oft sein kann, die richtige Entscheidung zu treffen.

Noch dazu sind die DGKS mit den Wünschen der Angehörigen konfrontiert, was die Entscheidung über das Anwenden oder Unterlassen einer FBM nicht erleichtert. Angehörige bringen ihre Wünsche oft in der Angst und Sorge vor, dass sich ihre Liebsten sich verletzen könnten, falls sie nicht beschränkt werden. Einige der Befragten sind der Ansicht, dass die Angehörigen das Anwenden oder Unterlassen einer FBM oft nicht nachvollziehen können. Die PP werden vor schwierige Entscheidungen gestellt und es kann sich wiederum ein Teufelskreis daraus entwickeln. Hier könnte wiederum das Beispiel des Anwendens oder Unterlassens der Bettseitenteile zitiert werden.

2. Warum werden v.a. demente BewohnerInnen in ihrer Freiheit beschränkt? Wie stehen die Pflegepersonen zu den freiheitsbeschränkenden Maßnahmen?

Die Ergebnisse der Untersuchung waren bezüglich der Beantwortung dieser Frage untereinander sehr stimmig. Stichwort für die Beantwortung war bei allen DGKS der Schutz. BewohnerInnen, insbesondere kognitiv Beeinträchtigte, wie demente BewohnerInnen, sollten bzw. müssen vor Selbstverletzungen und Selbstgefährdung geschützt werden. Außerdem sollten sie aufgrund ihrer altersbedingten Veränderungen, der erhöhten

Weglauf-Tendenz sowie aufgrund von langen Wundheilungsphasen beschränkt werden. Einige DGKS waren der Ansicht, dass demente BewohnerInnen nicht mehr für sich sorgen können und dass sie die Nachteile nicht beschränkt zu werden nicht kennen und nicht einsehen würden. Daher liegt es in der Pflicht der Pflegeprofession für solche BewohnerInnen Fürsorge zu tragen.

3. Welche Wirkung haben -lt. Den Pflegeperson-freiheitsbeschränkende Maßnahmen auf die BewohnerInnen und ihre Lebensqualität?

Die Mehrheit der Befragten war der Ansicht, dass FBM eine positive Wirkung auf die Lebensqualität der betroffenen PflegeheimbewohnerInnen ausüben würden. Durch FBM werden die BewohnerInnen geschützt, erleiden somit keine Stürze mehr und laut den DGKS fühlen sich die BewohnerInnen dadurch wohler und sicherer. Voraussetzung dafür sind ausführliche Besprechungen und Überlegungen bevor eine FBM zum Einsatz kommt.

Eine Minderheit hingegen war der Überzeugung, dass FBM negative, angstmachende Wirkungen auf die Lebensqualität der betroffenen BewohnerInnen ausüben. Dies vor allem wenn FBM unüberlegt eingesetzt werden.

Nichtsdestotrotz können FBM, den Ergebnissen zufolge, sowohl positive als auch negative Einflüsse zur Konsequenz haben. Dies hängt, den Ergebnissen zufolge, von den unterschiedlichen Sichtweisen und von der Akzeptanz der BewohnerInnen ab.

Diesen Ergebnissen zufolge ist erkennbar, wie schwierig es für die DGKS ist, sich in die Situation der betroffenen BewohnerInnen hineinzuversetzen. An dieser Stelle wäre es wissenschaftlich interessant, zu ermitteln wie die betroffenen BewohnerInnen die FBM erleben.

4. Wie viel Wissen haben Pflegepersonen bzw. wie viel Wissen/Aufklärung herrscht in der jeweiligen Pflegeeinrichtung über Alternativmethoden?

Lediglich in einem Pflegeheim finden regelmäßige Fortbildungen und Schulungen zum Thema FBM und Alternativmethoden statt. Diese werden meistens von Seiten der BewohnervertreterInnen angeboten und durchgeführt. Die in diesem Pflegeheim interviewten DGKS nehmen das Angebot gerne an, sehen dies auch als Bereicherung für ihr Wissen und als Gelegenheit Unklarheiten in Bezug auf FBM und Alternativmethoden anzusprechen. Im Zuge der Analyse der Interviews zu diesem Thema, lies sich erkennen, dass die DGKS dieses Pflegeheimes über deutlich mehr Wissen und überlegtes Handeln angesichts FBM und Alternativmethoden verfügten. In einem untersuchten Pflegeheim werden die Pflegepersonen lediglich auf einen Katalog, welcher sich bei der Pflegedirektion befindet, aufmerksam gemacht. Ob und wie oft dieser Katalog Anwendung findet wurde nicht erläutert.

Die meisten Befragten waren über das HeimAufG informiert und waren sich der darin festgeschriebenen Rechte und Pflichten bewusst. Einige Aussagen jedoch stellten dieses Wissen wiederum in Frage. So zum Beispiel äußerte eine DGKS, dass sich die FBM auch als Vorteil für das Pflegepersonal erweisen, wenn die betroffenen BewohnerInnen, die an keiner stark ausgeprägten Demenz leiden, die FBM einfach hinnehmen und sich nicht dagegen auflehnen. Eine weitere Aussage betrifft die Gründe, warum FBM zum Einsatz kommen. Hier bestätigt eine DGKS die Anwendung des Sitzgurtes, damit demente BewohnerInnen nicht zu den rot-bräunlichen Steinchen der Zimmerpflanzen gelangen und somit gehindert werden, diese zu essen. Außerdem erklärt dieselbe DGKS, dass die BewohnerInnen zum Beispiel vor einer Röntgenuntersuchung oder vor einem anderen Arztbesuch oder sogar vor einem Friseurtermin medikamentös beschränkt werden.

5. Welche Alternativmethoden werden eingesetzt

Den Ergebnissen zu folge wurden von den interviewten DGKS Antirutschkissen, Antirutschmatten, Sensormatten, Sensorbalken, Niederflurbetten, Rutschsocken, Schuhe mit rutschsicheren Sohlen und Klettverschlüssen sowie Hüftprotektoren genannt. Weitere erwähnenswerte Alternativmethoden, sind solche, die von den DGKS als Alternativen definiert wurden. Hierzu zählen geteilte oder schräg gestellte Bettseitenteile, Handtuch im Rollstuhl um eine aufrechte Körperhaltung zu gewährleisten, Baldriantropfen und Milch mit Honig als Einschlafhilfen, Validation, Musik- und Aromatherapie sowie das Anbieten von Gesprächen.

Hier lässt sich wiederum erkennen, dass die DGKS bemüht sind, nach alternativen Methoden zu suchen und diese individuell einzusetzen. Unglücklicherweise sind die Kosten mancher Alternativmethoden doch relativ hoch, sodass sie von den Pflegeeinrichtungen nicht in Betracht gezogen werden. In der Literatur ist oft der hinweis zu finden, dass manche Alternativmethoden, wie die Hüftprotektoren, von den BewohnerInnen selbst abgelehnt werden.

6. Wie wird sich aus Sicht der Pflegepersonen die Situation der Freiheitsbeschränkung in Zukunft darstellen?

Dadurch, dass die BewohnerInnen und deren Angehörige mündiger, dass die Kontrollen von Seiten der BewohnervertreterInnen zunehmen, und dass die SchülerInnen der Gesundheits- und Krankenpflegeschulen neue Sichtweisen in die Pflegeroutine bringen werden, wird die Sensibilisierung für das Thema FBM in Zukunft steigen und es wird sich vieles zum Besseren wenden.

Manche befragten DGKS hingegen sehen der Zukunft sehr skeptisch entgegen. Verbesserungen und Sensibilisierungen werden in diesem Bereich nicht stattfinden. Einerseits weil immer noch zu starke Unterschiede und Ungerechtigkeiten zwischen Pflegeheim- und Krankenhausregeln bestehen und andererseits müssen FBM beibehalten werden, zumal die BewohnerInnen nicht zu 100% geschützt werden können.

XI Schlussfolgerung und Empfehlung für die Pflegepraxis

Dadurch, dass die Ergebnisse das Dilemma Angehörige vs. Pflegepersonen deutlich hervor gebracht haben, sieht die Autorin in diesem Zusammenhang einen immensen Verbesserungsbedarf und viel Bedarf für Bewusstseinsarbeit in Richtung Angehörigenberatung. So zum Beispiel sollten für den Fall, dass sich die Angehörigen FBM an ihren Liebsten wünschen und die DGKS anderer Meinung sind, Informationsstunden für die Angehörigen und für die BewohnerInnen angeboten werden. Diese Infostunden sollten von den jeweiligen PflegedirektorInnen angeboten werden und an Tageszeiten stattfinden, an welchen die meisten Angehörigen teilnehmen können, zum Beispiel am Abend. Derlei Abendstunden sollten regelmäßig oder zumindest vor oder nach der Aufnahme eines/r Bewohners/in erfolgen. Von Vorteil würde es sich außerdem gewiss erweisen, wenn auch DGKS teilnehmen, und wenn ein/e BewohnervertreterIn diese Infoabende sozusagen moderieren würden. Somit könnten Ungewissheiten, Unsicherheiten und Ängste der Angehörigen und der DGKS schnell geklärt und aus dem Weg geräumt werden.

Weitern Verbesserungsbedarf sehe ich im Bezug auf Weiterbildungen für alle, die an der Versorgung der Bewohnerinnen beteiligt sind. Trotz Fortbildungen und Schulungen bestehen immer noch viele Fragezeichen angesichts der Definition von FBM und Alternativmethoden. Den Ergebnissen zufolge ist die Mehrheit der Befragten bemüht, sich Alternativmethoden zu überlegen, anzuwenden und den FBM vorzuziehen. Doch die Unsicherheiten, was bereits zu den FBM gehört oder nicht, stellt für die DGKS ein großes Hindernis dar und weckt wiederum Ängste und Unsicherheiten auf.

Wenngleich etliche Alternativmethoden von den Befragten aufgezählt wurden, wie zum Beispiel die Validationstechnik, so haben die Ergebnisse gezeigt, dass sich die Teilnehmerinnen interessanterweise auf Anhieb einig waren, insbesondere demente BewohnerInnen beschränken zu

müssen. Hier wird erkennbar, dass es für die Pflegepersonen noch immer schwierig ist, die Theorie der FBM in die Pflegepraxis zu integrieren. Ebenso stellen die Kosten mancher Alternativmethoden eine weitere Barriere dar. So zum Beispiel wurde in einem Pflegeheim der Sensorbalken getestet. Doch obwohl die befragte Stationsleiterin davon begeistert war, wurde der Kaufantrag von der Pflegedirektion aufgrund der zu hohen Kosten abgelehnt. Wenn man nun Bezug auf die Literatur nimmt, so lässt sich in mehreren Studien nachlesen, dass eine Kosten-Nutzen Betrachtung deutlich zugunsten der Alternativmethoden ausfallen würde. In diesem Zusammenhang sollten, nach Ansicht der Autorin, vermehrt Aufklärungs- und Bewusstseinsarbeit von Seiten der BewohnervertreterInnen über Vor- und Nachteile sowie über Kosten-Nutzen von FBM stattfinden. In diesem Fall nicht nur für Pflegepersonen, sondern vor allem auch für ÄrztInnen und PflegedirektorInnen.

XII 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? Vincentz, Hannover

Breyl, B.(2000): Das Gefühl, dass noch wer da ist. Erleben sozialer Kontakte im Alters- und Pflegeheim aus der Sicht der Bewohnerinnen. Diplomarbeit, Wien

Capezuti, E., Strumpf, N., Evans, L., Maislin, G. (1999): Outcomes of nighttime physical restraint removal for severely impaired nursing home residents. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 14 (3), 157-164

Capezuti, E., Maislin, G., Strumpf, N., Evans, L. K. (2002): Side rail use and bed-related fall outcomes among nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50, 90-96

Cotter, V.T. (2005): Restraint free care in older adults with dementia. *Keio Journal of Medicine*, 54 (2), 80-84

Darcy, L. (2007): Reducing and/or minimizing physical restraint in a high care, rural aged care facility. *International Journal of Evidence Based Healthcare*, Blackwell Publishing, 5, 458-467

Engberg, J., Castle, N. G., McCaffrey, D. (2008): Physical restraint initiation in nursing homes and subsequent resident health. The Gerontological Society of America, 48 (4), 442-452

European Validation Association (2011): Was ist Validation. Online im Internet unter URL: www.validation-eva.com/index.php?option=com_content&view=article&id=48&Itemid=55&lang=de (Stand: 10.04.2011)

Flick, U. (2010³): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Hamburg

Gastmans, C., Milisen, K. (2006): Use of physical restraint in nursing homes: clinical-ethical considerations. Journal of Medical Ethics, 32, 148–152

Godkin, M. D., Onyskiw, J. E. (1999): A Systematic Overview of Interventions to Reduce Physical Restraint Use in Long-Term Care Settings. The Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing, 6 (6), 1-14

Hamers, J., Meyer, G., Köpke, S., Lindenmann, R., Groven, R., Huizing, A. R. (2009): Attitudes of Dutch, German and Swiss nursing staff towards physical restraint use in nursing home residents, a corss-sectional study. International Journal of Nursing Studies, 46, 248-255

Heimaufenthaltsgesetz, BGBl. 1 Nr. 18/2010

Hoffman, B., Klie, Th. (2004): Freiheitsentziehende Maßnahmen. Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen in Betreuungsrecht und –praxis. Müller, Heidelberg

Huizing, A. R., Hamers, J. Ph., Gulpers, M. JM, Berger, M. PF. (2006): Short-term effects of an educational intervention on physical restraint use: a cluster randomized trial. BMC Geriatrics, 6 (17)

Huizing A. R., Hamers, J. P. H., Gulpers, M. J. M., Berger, M. P. F. (2009): A cluster-randomized trial of an educational intervention to reduce the use of physical restraints with psychogeriatric nursing home residents. Journal of the American Geriatrics Society, 57, 1139–1148

Karlsson, S., Bucht, G., Rasmussen, B. H., Sandman, P. O. (2000): Restraint use in elder care. Decision making among registered nurses. Journal of Clinical Nursing, 9, 842-850

Klie, Th., Pundstein, Th., Stoffer, F.J. (Hrsg.) (2005): Pflege ohne Gewalt? Freiheitsentziehende Maßnahmen in Pflegeheimen. Entwicklung von Präventions- und Handlungsstrategien. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln.

Koczy, P., Becker, C., Rapp, K., Klie, Th., Beische, D., Büchele, G., Kleiner, A., Guerra, V., Reißmann, U., Kurrle, S., Bredthauer, D. (2011): Effectiveness of a Multifactorial Intervention to Reduce Physical Restraints in Nursing Home Residents. The American Geriatrics Society, 59, 333–339

Lai, C. KY. (2007): Nurses using physical restraints. Are the accused also the victims? A study using focus group interviews. BMC Nursing, 6 (5)

Ling, N. (2011): Snoezelen – Was ist das? Online im Internet unter URL:
http://snoezelen-zeit.de/index.php?option=com_content&view=article&id=12&Itemid=29
(Stand: 04.05.2011)

Mayer, H. (2002): Einführung in die Pflegeforschung. Facultas, Wien

Mayring, Ph.: Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick, U., Von Kardorff, E., Steinke, I. (Hrsg.) (2007): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Hamburg

Medical Trade Oblak KG, Orthopädietechnik Sanitätshaus (2011): Patientensicherheit. Provinox. Online im Internet unter URL:
<http://www.medicaltrade.at/patientensicherheit/52-provinox> (Stand: 12.05.2011)

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

Moore, K., Haralambous, B. (2007): Barriers to reducing the use of restraints in residential elder care facilities. *Journal of Advanced Nursing*, 58 (6), 532-540

Phillips, Ch. D., Hawes, C., Fries, B. E. (1993): Reducing the use of physical restraint in nursing homes. Will it increase costs? *American Journal of Public Health*, 83 (3), 342-348

Pschyrembel (2007²): Pflege. Bearbeiter: Wied, S., Warmbrunn, A. Walter de Gruyter, Berlin

Robertson, M. C., Devlin, N., Gardner, M. M., Campbell, A. J. (2001): Effectiveness and economic evaluation of a nurse delivered home exercise programme to prevent falls. 1: Randomised controlled trial. BMJ, 322, 1-6

Rubin, B. S., Dube A. H., Mitchell, E.K. (1993): Asphyxial Deaths due to Physical Restraint. A case Series. Achieves of Family Medicine, 2 (4), 405-408

Saarnio, R., Isola, A., Laukkala, H. (2008): The use of physical restraint in institutional care of older people in Finland: nurses' individual, communal and alternative modes of action. Journal of Clinical Nursing, 18, 132-140

Saarnio, R., Isola, A. (2010): Nurse knowledge and attitudes. Nursing staff perceptions of the use of physical restraint in institutional care of older people in Finland. Journal of Clinical Nursing, 19, 3197-3207

Schmid, B., Hartmeier, C., Bannert, Ch. (2007): Arzneimittellehre für Krankenpflegeberufe. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart

Sentec (2011): Sensormatte-Sensfloor. Online im Internet unter URL: <http://www.senstec.at/2011/01/sensormatte-sensfloor/> (Stand: 02.05.2011)

Sentec (2011): Bettsensor SensBed. Online im Internet unter URL: <http://www.senstec.at/2011/02/safebed/> (Stand: 12.05.2011)

Statistik Austria (2010): Bevölkerungsprognose 2010. Online im Internet unter URL:

www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html#index1 (Stand: 06.05.2011)

Suprima (2008): Neuheiten. Online im Internet unter URL: <http://suprima-gmbh.com/news/neuheiten.html> (Stand: 02.05.2011)

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

Voyer, Ph., Verreault, R., Azizah, G. M., Desrosiers, J., Champoux, N., Bédard, A. (2005): Prevalence of physical and verbal aggressive behaviours and associated factors among older adults in long-term care facilities. *BMC Geriatrics*, 5 (13)

XIII Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: "Negativspirale" nach bewegungseinschränkenden Maßnahmen	- 28 -
Abbildung 2: Mögliche Interventionsebenen	- 40 -
Abbildung 3: Hüftprotektoren Slips mit integrierten Protektoren	- 45 -
Abbildung 4: Hüftprotektoren Slips mit integrierten Protektoren	- 45 -
Abbildung 5: Antirutsch-Hausschuhstrumpf	- 46 -
Abbildung 6: Niederflurbett	- 46 -
Abbildung 7: Die Bettmatte SensBed®	- 48 -
Abbildung 8: Der Körperdruckmelder PROVINOXX	- 49 -
Abbildung 9: Freiheitsbeschränkungen, die auf den Stationen angewendet werden.	- 70 -
Abbildung 10: Emotionen der DGKS.....	- 73 -
Abbildung 11: Pflegepersonen im Spannungsfeld FBM.....	- 86 -
Abbildung 12: Entscheidungsprozess bzgl. Anwenden und Unterlassen von FBM durch Intra- bzw. Interdisziplinäre und extramurale Zusammenarbeit.....	- 91 -
Abbildung 13: Alternativmethoden	- 94 -
Abbildung 14: BewohnerInnen, die von FBM betroffen sind	- 96 -
Abbildung 15: Angehörige von durch FBM betroffene BewohnerInnen.....	- 99 -
Abbildung 16: Auseinandersetzung mit dem Thema FBM und Alternativmethoden.....	- 103 -
Abbildung 17: Spannungsfelder im Bereich FBM.....	- 106 -

XIV Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
DGKP	Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger
DGKS	Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester
et al.	et alii / et aliae / und andere
evtl.	eventuell
f.	folgende Seite
ff	fortfolgende Seiten
FBM	freiheitsbeschränkende Maßnahme
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
HeimAufG	Heimaufenthaltsgesetz
Hrsg.	Herausgeber
Nr.	Nummer
PP	Pflegeperson(en)
S.	Seite
usw.	und so weiter
z.B.	zum Beispiel

XV Anhang

1 Interviewleitfaden

Fragen zu Freiheitsbeschränkungen an BewohnerInnen

- a. Schildern Sie mir bitte einige Beispiele von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, die in diesem Pflegeheim angewendet werden.
- b. Erläutern Sie bitte welche Maßnahmen hier am häufigsten angewendet werden und welche Gruppe von BewohnerInnen öfters davon betroffen ist.
- c. Haben freiheitsbeschränkende Maßnahmen, Ihrer Meinung nach, positive oder negative Auswirkungen auf die Lebensqualität der BewohnerInnen?
- d. Sind Ihnen Fälle bekannt, bei denen sich BewohnerInnen gegen freiheitsbeschränkende Maßnahmen verbal oder körperlich zur Wehr gesetzt haben? Wenn „Ja“, schildern Sie mir bitte einige Beispiele.

Fragen zu Freiheitsbeschränkungen aus Sicht der DGKS/DGKP

- a. Ist es Ihrer Meinung nach notwendig BewohnerInnen in ihrer Freiheit zu beschränken?
- b. Was geht Ihnen durch den Kopf, wenn sie einen/eine Bewohner/in in seiner/ihrer Freiheit beschränken?
- c. Worin liegt Ihrer Meinung nach, die Ursache für das Anwenden von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen an BewohnerInnen?
- d. Wann sollten BewohnerInnen, ihrer Meinung nach, in ihrer Freiheit beschränkt werden?

Fragen zu den Alternativmethoden

- a. Sind Ihnen Alternativmethoden bekannt? Wenn ja, welche?
- b. Kommen auf dieser Station des Pflegeheimes Alternativmethoden zum Einsatz?
- c. Setzt sich das Team mit den Alternativmethoden auseinander und wird im Team die Möglichkeit in Betracht gezogen den Freiheitsbeschränkenden Methoden Alternativmethoden vorzuziehen?

Fragen über die Zukunft von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen

- a. Wird sich Ihrer Meinung nach, die Situation bzgl. freiheitsbeschränkender Maßnahmen ändern? Wenn ja, inwiefern?

2 Curriculum Vitae

Franca FRENADEMETZ

Geblergasse 22/22

1170 Wien

Mobil: 0650/4109556

Mail: fre_franca@yahoo.de



Persönliche Daten

Geburtstag:	30. Juni 1987 in Bruneck, Südtirol
Nationalität:	Italienisch

I. Berufliche Erfahrung

05.2011– 07.2011	Praktikum auf der Klin. Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin im AKH, Wien
04.2011– 05.2011	Praktikum auf der Univ. Klin. für Kinder- und Jugendpsychiatrie im AKH, Wien
02.2011– 03.2011	Praktikum auf der Säuglings- und Kleinkinderstation: Intermediate Care Nachsorgestation im Wilhelminenspital, Wien

09.2010– 10.2010	Praktikum auf der Gynäkologischen und Geburtshilflichen Abteilung im Wilhelminenspital, Wien
06.2010– 08.2010	Praktikum auf der medizinischen Abteilung mit Gastroenterologie im Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel, Wien
05.2010– 06.2010	Praktikum Univ. Klinik für Neurologie im AKH, Wien
04.2010– 05.2010	Praktikum in der Hauskrankenpflege beim Arbeiter-Samariterbund, Wien
10.2009– 12.2009	Praktikum auf der Allg. orthopädischen Abteilung im Orthopädischen Spital Speising GmbH, Wien
06.2009– 10.2009	Praktikum im Pflegeheim: „Wie Daham“ Seniorenschlüssel, Atzgersdorf, Wien
03.2009– 06.2009	Praktikum auf der Abteilung für Atmungs- und Lungenerkrankungen im Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel, Wien
06.2008	Service in der Hotellerie und Gastronomie bei GVO-Personal GmbH während der Fußball - Europameisterschaft im Ernst-Happel-Stadion, Wien
07.2008– 09.2008	Kellnerin im Hotel Serena***, Pedraces in Abtei, Südtirol, Italien
und 07.2007–	

09.2007	
06.2006– 09.2006	Kellnerin im Hotel Italia***, Kurvar in Abtei, Südtirol, Italien
und	
06.2005– 09.2005	Praktikum in der Hauskrankenpflege, beim Sprengel „Gadertal“, St. Martin in Thurn, Südtirol, Italien
03.2005	
11.2004	Praktikum auf der Allg. chirurg. Abteilung im Krankenhaus Bruneck, des Sanitätsbetriebes Bruneck, Südtirol, Italien
	Kellnerin im Hotel Cristallo***, Stern in Abtei, Südtirol, Italien
06.2004– 09.2004	
02.2004	Praktikum auf der Abteilung für Orthopädie/Traumatologie Frauen im Krankenhaus Bruneck, des Sanitätsbetriebes Bruneck, Südtirol, Italien
	Kellnerin im Hotel Cristallo***, Stern in Abtei, Südtirol, Italien
06.2003– 09.2003	
	Zimmermädchen im Hotel Cristallo***, Stern in Abtei, Südtirol, Italien
06.2002– 09.2002	

II. **Ausbildung / Studium**

Seit 2008	Schülerin an der Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, als Teilzeitausbildung, am Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel
2006 - 2011	IDS Pflegewissenschaft an der Universität Wien
06.2006	Ablegung der Reifeprüfung
2001 - 2006	Oberschule: Lehranstalt für Soziale Berufe, Brixen, Südtirol, Italien
1998 – 2001	Mittelschule in St. Martin in Thurn, Südtirol, Italien
1993 - 1998	Volksschule in Campill, St. Martin in Thurn, Südtirol, Italien

III. **Zusatzqualifikationen**

Fremdsprachen:	Ladinisch , Muttersprache Deutsch , in Wort und Schrift Italienisch , in Wort und Schrift Englisch , in Wort und Schrift
Weiterbildung:	Basisseminar Basale Stimulation® in der Pflege (31. Jänner bis 02. Februar 2011) an der Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege am

Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum
Rosenhügel

Grundkurs Kinaesthetics in der Pflege (Kursbeginn: 25.02.2009: Kursende: 23.01.2011; 32 Lerneinheiten) an der Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege am Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel

Dreisprachigkeitsprüfung A am 30.05.2005,
Bozen, Südtirol

Dreisprachigkeitsprüfung B am 16.02.2005,
Bozen, Südtirol

Zweisprachigkeitsprüfung B im Jahr 2005,
Bozen, Südtirol

Jungmusiker – Leistungsabzeichen in Silber am
02.06.2005, Brixen, Südtirol

Jungmusiker – Leistungsabzeichen in Bronze am
13.07.2001, Brixen, Südtirol

Wien, 17. Mai 2011