
Faktenblatt zu Qualitätsindikatoren für die stationäre Langzeitpflege – Bewegungseinschränkende Massnahmen

Wie sind die Qualitätsindikatoren zum Thema bewegungseinschränkende Massnahmen definiert

Unter einer bewegungseinschränkenden Massnahme wird gemäss internationalem Konsensus jede Tätigkeit oder Massnahme verstanden, die eine Person daran hindert, sich frei in eine Position eigener Wahl zu bewegen und/oder freien Zugang zum eigenen Körper zu haben, durch den Gebrauch jeglicher Methode, die direkt am Körper oder körpernahe ist und die die Person nicht auf einfache Weise kontrollieren oder entfernen kann.

Im Rahmen des Qualitätsindikators werden drei Arten von bewegungseinschränkenden Massnahmen berücksichtigt: Fixierung des Rumpfes, Sitzgelegenheit, die die Bewohnenden am selbstständigen Aufstehen hindert, und Bettgitter. Die Qualitätsindikatoren betreffen keine anderen Massnahmen, wie z. B. elektronische Einschränkungen (z. B. Sensormatte, GPS) oder architektonische Massnahmen.

Die eingeschlossenen Massnahmen werden in der Form von zwei Qualitätsindikatoren gemessen:

- Prozentualer Anteil an Bewohnenden mit täglicher Fixierung des Rumpfes oder mit Sitzgelegenheit, die die Bewohnenden am selbstständigen Aufstehen hindert, in den letzten 7 Tagen
- Prozentualer Anteil an Bewohnenden mit täglichem Gebrauch von Bettgittern und anderen Einrichtungen an allen offenen Seiten des Bettes, welche Bewohnende am selbstständigen Verlassen des Bettes hindern, in den letzten 7 Tagen

Ausschlusskriterien: Bewohnende, bei denen die bewegungseinschränkenden Massnahmen auf Wunsch eingesetzt werden, sind von der Berechnung ausgeschlossen.

Risikoadjustierung: Die Risikoadjustierung findet anhand von zwei Merkmalen der Bewohnenden statt: Pflegestufe und kognitive Einschränkung (gemessen durch die Cognitive Performance Scale CPS).

Warum werden die bewegungseinschränkenden Massnahmen als Qualitätsindikator gemessen?

Bewegungseinschränkende Massnahmen werden in Alters- und Pflegeheimen im Allgemeinen eingesetzt, um das Sturzrisiko zu reduzieren resp. sturzbedingte Verletzungen zu vermeiden, oder im Umgang mit Bewohnenden mit herausfordernden Verhaltensweisen. Es gibt jedoch keine Evidenz, dass die Verwendung von bewegungseinschränkenden Massnahmen für die

Bewohnenden nutzbringend ist. Im Gegenteil, die Massnahmen können die Bewohnenden gefährden (s. Kasten).

Mit welcher Häufigkeit werden bewegungseinschränkende Massnahmen in Alters- und Pflegeheimen eingesetzt?

Es wird geschätzt, dass in der Schweiz ca. 27% der Bewohnenden mindestens eine Form einer bewegungseinschränkenden Massnahme erleben. Von diesen haben 18,5%–20,3% Bettgitter, 1,1%–2,9% eine Fixierung des Rumpfes und 1,8%–3,2% eine Sitzgelegenheit, die kein Aufstehen erlaubt.

Was sind mögliche Folgen des Einsatzes von bewegungseinschränkenden Massnahmen?

- Verminderte Lebensqualität, Beeinträchtigung von Würde und Selbstwirksamkeit, Gefühl des Eingeschlossenseins
- Verschlechterung des physischen (z. B. Verlust der Muskelkraft) und psychischen Zustandes (z. B. Depression)
- Zunehmende Abhängigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens
- Verminderter Appetit
- Verminderung der kognitiven Fähigkeiten
- Vermehrte Aggression
- Vermehrte soziale Isolation
- Zunahme an Stürzen, sturzbedingten Verletzungen, Dekubitus, Inkontinenz, Todesfällen
- Tödlicher Ausgang durch unkorrekte Anwendung von Massnahmen oder Anwendung von nicht geeigneten Massnahmen

Welche Faktoren hängen mit der Anwendung von bewegungseinschränkenden Massnahmen zusammen?

Urteilsfähige Bewohnende entscheiden selber über die Anwendung von bewegungseinschränkenden Massnahmen, sie dürfen nicht gegen ihren Willen eingesetzt werden. Bei urteilsunfähigen Bewohnenden dürfen bewegungseinschränkende Massnahmen gemäss dem Kinder- und Erwachsenenschutzrecht Art. 383 ZGB nur angewendet werden, wenn weniger einschneidende Massnahmen nicht ausreichen oder von vornherein als ungenügend erscheinen (s. dort für weitere detaillierte Ausführungen). Von der Literatur her lassen sich folgende Faktoren identifizieren, die mit der Anwendung von bewegungseinschränkenden Massnahmen zusammenhängen:

Auf der Ebene der Bewohnenden:

- Kognitive Beeinträchtigung, Symptome von Demenz
- Wiederholte verbale oder körperliche Aggression, Agitation, Unruhe, Umherwandern
- Unterstützungsbedarf bei Aktivitäten des täglichen Lebens, stark eingeschränkte Mobilität
- Frühere Stürze, mit oder ohne Verletzungen
- Erwartungen von Angehörigen, Bewohnende vor Schaden zu schützen

Auf der Ebene des Personals:

- Fehlende Kenntnisse oder Ausbildung über negative Auswirkungen der Anwendung von bewegungseinschränkenden Massnahmen und zu alternativen Massnahmen
- Umgang mit Erwartungen von Angehörigen und/oder Kollegen/-innen, dass bewegungseinschränkende Massnahmen zum Schutz der Bewohnenden eingesetzt werden sollten

Auf der Ebene der Organisation:

- Fehlender Leitfaden / fehlende Handlungsanweisung zum Umgang mit bewegungseinschränkenden Massnahmen und zur Unterstützung des Personals bei der Entscheidungsfindung
- Komplexe Arbeitsbedingungen resp. Arbeitsumgebungsqualität (z. B. hohe Arbeitsbelastung, fehlende Autonomie, viele Krankheitsausfälle im Team)

Es gibt keine klare Evidenz, dass eine höhere Anzahl Stellen, mehr Fachpersonal oder mehr Erfahrung im Team damit zusammenhängt, dass bewegungseinschränkende Massnahmen weniger häufig angewendet werden.

Was gilt es zu beachten bei der Messung der Qualitätsindikatoren?

Grundsätzlich ist die Erhebung der Daten in den Handbüchern der Instrumente geregelt, mit denen die Daten erhoben werden. Hier folgen ein paar Hinweise zur Messung.

Die Indikatoren werden mit drei Fragen gemessen:

- eine zur Art der angewendeten bewegungseinschränkenden Massnahme
- eine zur Häufigkeit der Anwendung
- eine zum Kontext der Massnahme: ob die Massnahme auf Wunsch resp. im Einverständnis mit der dazu urteilsfähigen Bewohnerin / des dazu urteilsfähigen Bewohners angewendet wird oder ob der Bewohner / die Bewohnerin nicht urteilsfähig war.

Art der Massnahme

- a) Bettgitter: Hier werden Installationen an allen offenen Seiten des Bettes gezählt, die auf der gesamten Länge der Matratze angebracht sind, sodass die Bewohnenden das Bett nicht selbstständig verlassen können
- b) Sitzgelegenheit, die kein Aufstehen erlaubt, beinhaltet z. B. folgende Massnahmen:
 - Stuhl, der nach hinten gekippt ist
 - Tief gelegene oder weiche Sitzgelegenheit, aus der Bewohnende nicht selbstständig aufstehen können
 - Rollstuhl, der an einen Tisch gestellt ist mit fixierten Bremsen, die von Bewohnenden nicht selbstständig gelöst werden können
 - (Roll-)Stuhl mit fixiertem Tisch, der von Bewohnenden nicht selbstständig entfernt werden kann
 - Andere durch Tisch blockierte Sitzposition, aus der Bewohnende sich nicht selber befreien können

c) Fixierung vom Rumpf beinhaltet z. B. folgende Massnahmen:

- Rumpfgurte (im Stuhl, Rollstuhl, Bett), die Bewohnende nicht selber lösen können
- Sicherheitswesten
- Spezialdecken (Zewi)

Weitere Massnahmen wie z. B. Bodenbett, Massnahmen, die den Zugang zum eigenen Körper verunmöglichen, oder elektronische Einschränkungen werden hier nicht gezählt.

Häufigkeit der Anwendung

Für die Berechnung des Qualitätsindikators ist relevant, ob die Massnahme täglich angewendet wird oder nicht. Dabei wird kein Unterschied gemacht, ob es täglich nur tagsüber, nur nachts oder zu beiden Zeitperioden angewendet wird, und es spielt auch keine Rolle, ob die Massnahme kontinuierlich über 24 Stunden zum Einsatz kommt oder periodisch.

Anwendung auf Wunsch von Bewohnenden

Für die Berechnung des Qualitätsindikators ist relevant, ob die Massnahme bei einer dazu urteilsfähigen Bewohnerin / einem dazu urteilsfähigen Bewohner auf deren/dessen Wunsch resp. im Einverständnis angewendet wird. Wenn dies der Fall ist, werden diese Bewohnenden aus der Berechnung des Qualitätsindikators ausgeschlossen. In die Berechnung der Qualitätsindikatoren werden diejenigen Bewohnenden eingeschlossen, bei denen angegeben wird, dass der Einsatz bei dazu nicht urteilsfähigen Bewohnenden erfolgt resp. dass der Kontext noch nicht geklärt wurde.

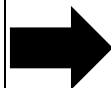
Mögliche Massnahmen zur Reduktion von bewegungseinschränkenden Massnahmen

Im Allgemeinen basiert jede Anwendung einer bewegungseinschränkenden Massnahme auf einer individuellen Evaluation der Situation der Bewohnenden und auf dem Ansatz einer personenzentrierten Pflege. Weniger einschränkende Alternativen sind grundsätzlich den stärker einschränkenden Massnahmen vorzuziehen. Die Anwendung muss sich an dem 2013 in Kraft getretenen Kinder- und Erwachsenenschutzrecht orientieren. Dieses regelt die Anwendung von bewegungseinschränkenden Massnahmen bei urteilsunfähigen Personen in Wohn- und Betreuungseinrichtungen (Art. 383 und 384 ZGB).

Einflussfaktoren

Bewohnende:

- Kognitive Beeinträchtigung, Symptome von Demenz
- Wiederholte verbale oder körperliche Aggression, Agitation, Unruhe, Umherwandern
- Unterstützungsbedarf bei Aktivitäten des täglichen Lebens, stark eingeschränkte Mobilität
- Frühere Stürze, mit oder ohne Verletzungen



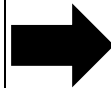
Massnahmen

- Identifizieren von Bewohnenden, die ein erhöhtes Risiko haben, dass bei ihnen bewegungseinschränkende Massnahmen angewendet werden.
- Ursachen für die herausfordernden Verhaltensweisen multiprofessionell abklären (z. B. medizinische Ursachen, physiologische, psychosoziale Bedürfnisse, physikalische und soziale Umgebung), nach Möglichkeit beheben (z. B. medizinische Probleme angehen, ungedeckte Bedürfnisse decken, Stressquellen reduzieren)
- Individuelle Alternativen suchen für bewegungseinschränkende Massnahmen

- Erwartungen von Angehörigen

- Ein auf die Bedürfnisse der Bewohnenden angepasstes Umfeld schaffen (z. B. Aktivitäten, Betreuung, Einrichtung, Beleuchtung)
- Sturzprävention (z. B. Stärkung von Balance und Muskelkraft), Diskussion über akzeptable Risiken im Team und mit Angehörigen
- Regelmässige Überprüfung von angewendeten Massnahmen

- Pflege- und Betreuungspersonal:**
- Fehlende Kenntnisse oder Ausbildung über negative Auswirkungen der Anwendung von bewegungseinschränkenden Massnahmen und zu alternativen Massnahmen.
 - Schwierigkeiten im Umgang mit Erwartungen von Angehörigen und Kolleg/innen.



- Sensibilisierung auf das Thema, regelmässige Fortbildungen mit folgenden Themen:
 - Negative Auswirkungen der Anwendung von bewegungseinschränkenden Massnahmen, Alternativen
 - Sturzprävention
 - Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen
 - Einschätzung der Urteilsfähigkeit
- Konsultation einer Pflegeexpertin, Fallbesprechungen

- Organisationsebene:**
- Fehlender Leitfaden / Handlungsanweisung zum Umgang mit bewegungseinschränkenden Massnahmen und zur Unterstützung des Personals bei der Entscheidungsfindung
 - Schwierige Arbeitsbedingungen, resp. Arbeitsumgebungsqualität (z. B. hohe Arbeitsbelastung, fehlende Autonomie, viele Krankheitsausfälle im Team)



- Entwicklung einer gemeinsamen Grundhaltung zur personenzentrierten Pflege
- Einführung und Umsetzung von Leitfaden / Handlungsanweisung zum Umgang mit bewegungseinschränkenden Massnahmen und zur Einschätzung der Urteilsfähigkeit
- Entwicklung eines interprofessionellen Vorgehens
- Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit
- Anpassung der Umgebung (z. B. Lichtverhältnisse, Weglaufschutz, Sitzgelegenheiten für umherwandernde Bewohnende)
- Aktivierungsprogramm anpassen (z. B. soziale Aktivitäten, physische Aktivitäten)
- Anschaffung von Alternativen wie z. B. tief absenkbare Betten

Weiterführende Ressourcen

- Webseite CURAVIVA Schweiz: Themendossiers zu [Bewegungseinschränkenden Massnahmen](#), zu [Sturzprävention](#) und zum [Erwachsenenschutzrecht](#)
- Medizinisch-ethische Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) (2015). [Zwangsmassnahmen in der Medizin](#). Bern: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW).
- Handbücher von BESA und Q-Sys
- Kantonale Vorgaben/Richtlinien/Empfehlungen zum Umgang mit bewegungseinschränkenden Massnahmen
- Empfehlung zum Umgang mit BPSD: Savaskan, E., Bopp-Kistler, I., Buerge, M., Fischlin, R., Georgescu, D., Giardini, U., Hatzinger, M., Hemmeter, U., Justiniano, I., Kressig, R. W., Monsch, A., Mosimann, U. P., Mueri, R., Munk, A., Popp, J., Schmid, R., Wollmer, M. A. (2014). Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz (BPSD). *Praxis*, 103(3), 135-148. doi:10.1024/1661-8157/a001547
- Sturzprävention: Wiesli, U., Decurtins, S., Zúñiga, F. (2013). [Sturzprävention in Alters- und Pflegeinstitutionen](#). Bern: bfu – Beratungsstelle für Unfallverhütung.

Bibliografie

- Bleijlevens, M. H. C., Wagner, L. M., Capezuti, E., Hamers, J. P. H., & the International Physical Restraint Workgroup. (2016). Physical restraints: Consensus of a research definition using a modified Delphi technique. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(11), 2307-2310. doi:10.1111/jgs.14435
- Cummings, G. G., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C. A., Lo, E., Muise, M., Stafford, E. (2010). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 47(3), 363-385. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.08.006
- De Bellis, A., Mosel, K., Curren, D., Prendergast, J., Harrington, A., Muir-Cochrane, E. (2013). Education on physical restraint reduction in dementia care: A review of the literature. *Dementia*, 12(1), 93–110. doi:10.1177/1471301211421858
- Evans, D., Wood, J., Lambert, L. (2002). A review of physical restraint minimization in the acute and residential care settings. *Journal of Advanced Nursing*, 40(6), 616–625.
- Evans, D., Wood, J., Lambert, J. (2003). Patient injury and physical restraint devices: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 41(3), 274–282.
- Hamers, J. P. H., Huizing, A. R. (2005). Why do we use physical restraints in the elderly? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38(1), 19–25.
- Hofmann, H., Schorro, E., Haastert, B., Meyer, G. (2015). Use of physical restraints in nursing homes: A multicentre cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 15, 129. doi:10.1186/s12877-015-0125-x
- Lan, S. H., Lu, L. C., Lan, S. J., Chen, J. C., Wu, W. J., Chang, S. P., Lin, L. Y. (2017). Educational intervention on physical restraint use in long-term care facilities – Systematic review and meta-analysis. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 33(8), 411–421. doi:10.1016/j.kjms.2017.05.012

- Möhler, R., Richter, T., Köpke, S., Meyer, G. (2012). Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care – a Cochrane review. *Journal of Clinical Nursing*, 21(21–22), 3070–3081. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04153.x
- Savaskan, E., Bopp-Kistler, I., Buerge, M., Fischlin, R., Georgescu, D., Giardini, U., Hatzinger, M., Hemmeter, U., Justiniano, I., Kressig, R. W., Monsch, A., Mosimann, U. P., Mueri, R., Munk, A., Popp, J., Schmid, R., Wollmer, M. A. (2014). Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz (BPSD). *Praxis*, 103(3), 135-148. doi:10.1024/1661-8157/a001547
- Wong, C. A., Cummings, G. G., Ducharme, L. (2013). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: A systematic review update. *Journal of Nursing Management*, 21(5), 709–724. doi:10.1111/jonm.12116

Herausgeber

CURAVIVA Schweiz, Fachbereich Menschen im Alter
Zieglerstrasse 53
Postfach 1003
3000 Bern 14

Kontakt: Daniel Domeisen, Leiter Gesundheitsökonomie, d.domeisen@curaviva.ch

Autorinnen

Lauriane Favez, Dr. Franziska Zúñiga
Institut für Pflegewissenschaft, Department of Public Health, Medizinische Fakultät,
Universität Basel

© CURAVIVA Schweiz, November 2018