

Freiheitsentziehende Maßnahmen im Akutkrankenhaus – Pflegerische Strategien zur Vermeidung von Fixierungen

BACHELORARBEIT

vorgelegt am 23. Mai 2022

Fakultät	Wirtschaft
Studiengang	Angewandte Gesundheits- und Pflegerwissenschaften
Studienjahrgang	2019
Studienhalbjahr	6. Semester
Modul	Bachelorarbeit
Kurs	WAG19C

von

Stephanie Feinauer

Betreuung DHBW

Frau Prof. Dr. rer. medic. Marion Burckhardt

Zusammenfassung

Hintergrund: Dieser Bachelorarbeit wurde ein Standard zu freiheitsentziehenden Maßnahmen eines deutschen Akutkrankenhauses zugrunde gelegt, welcher im Hinblick auf formal-methodische und inhaltliche Aspekte Verbesserungspotenziale aufweist. Die nächste Aktualisierung des Standards soll im Jahr 2023 erfolgen.

Ziele: Im Hinblick auf die nächste Revision sollen formal-methodische und inhaltliche Empfehlungen zur Gestaltung des Standards formuliert werden, die als Grundlage für dessen Überarbeitung dienen können. Inhaltliche Empfehlungen beziehen sich insbesondere auf die Vermeidung von Fixierungen, welche im bisherigen Standard nicht berücksichtigt wurde.

Methode: Zur Feststellung der Verbesserungspotenziale des Standards wurde dieser zunächst analysiert. Im Anschluss daran wurde eine systematische Literaturrecherche in Datenbanken durchgeführt, um pflegerische Strategien zur Vermeidung von Fixierungen im akutstationären Setting zu identifizieren.

Ergebnisse: Die Analyse des Standards ergab, dass dieser die Anforderungen an klinische Standards nur bedingt erfüllt. Mittels der Literaturrecherche wurden vier systematische Übersichtsarbeiten und vier Leitlinien identifiziert, aus denen Empfehlungen und Evidenz zu pflegerischen Strategien zur Vermeidung von Fixierungen synthetisiert wurden.

Diskussion: Basierend auf der Standardanalyse und Evidenzsynthese wurden formal-methodische und inhaltliche Empfehlungen zur Gestaltung des Standards formuliert. Diese umfassen u.a. die Erstellung eines Methodenreports und Ergänzung des Standards durch ein Kernelement zur Vermeidung von Fixierungen.

Abstract

Context: This bachelor thesis is based on a standard for liberty-depriving measures of an acute care hospital in Germany, which demonstrates potential of improvement regarding formal-methodical and content-related aspects. The standard's subsequent update is going to take place in 2023.

Objectives: In order to create a fundament for the next revision, formal-methodical and content-related recommendations of the standard's arrangement are going to be formulated. Content-related recommendations especially refer to the prevention of fixations, which was not considered in the previous standard.

Method: The standard is initially analysed to insert its potential of improvement. Subsequently, a systematic research of literature through databases was conducted, in order to identify nursing strategies that can prevent the usage of fixations in acute inpatient care.

Results: The standard's analysis results in a limited fulfilment of requirements for clinical standards. Through literature research, four reviews and four guidelines were identified, from which recommendations and evidence for nursing strategies to prevent the usage of fixations were synthesized.

Discussion: Based on the standard analysis and evidence synthesis, formal-methodical along with content-related recommendations for the standard's arrangement are drafted. These include – amongst other things – the establishment of a methodical report and an addition for the standard through a core component to prevent fixations.

Anonymisierung

Nach schriftlicher Genehmigung der Ausbildungsstätte zur Veröffentlichung dieser Bachelorarbeit wurde eine Anonymisierung aller Inhalte vorgenommen, die aus der Ausbildungsstätte stammen oder auf diese rückschließen lassen.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	II
Anonymisierung	IV
Abkürzungsverzeichnis	VI
1 Einleitung	1
2 Zielsetzung und Forschungsfragen	3
3 Theoretischer Hintergrund	4
3.1 Aktueller Forschungsstand zur Vermeidung von Fixierungen	4
3.2 Implementierung evidenzbasierter Leitlinienempfehlungen	5
4 Methodisches Vorgehen	9
4.1 Standardanalyse orientiert an AGREE II	9
4.2 Evidenzsynthese	13
4.2.1 Kriterien zur Auswahl relevanter Literatur	13
4.2.2 Literaturrecherche und -auswahl	13
4.2.3 Kriterien zur Bewertung der eingeschlossenen Literatur	20
4.2.4 Datenextraktion und Synthese	21
5 Ergebnisse	24
5.1 Beurteilung des Standards nach AGREE II	24
5.2 Pflegerische Strategien zur Vermeidung von Fixierungen	26
5.2.1 Ergebnisse der Literatursauswahl	26
5.2.2 Charakteristik und Qualität der eingeschlossenen Literatur	27
5.2.3 Evidenz und Empfehlungen aus den Übersichtsarbeiten	30
5.2.4 Evidenz und Empfehlungen aus den Leitlinien	37
6 Diskussion	43
6.1 Empfehlungen zur Gestaltung des Standards	43
6.2 Limitationen	45
6.3 Ausblick und Fazit	45
Anhang	47
Literaturverzeichnis	79

Abkürzungsverzeichnis

AGREE	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
FEM	Freiheitsentziehende Maßnahmen
MARAH	MAking physical Restraints scarce in Acute Hospitals
MeSH	Medical Subject Heading
PROTECT	Prevention of physical restraints in the acute care setting: an exploratory Cluster-randomised controlled trial
StGB	Strafgesetzbuch

1 Einleitung

Freiheitsentziehende Maßnahmen sind in deutschen Akutkrankenhäusern fester Bestandteil der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen.¹ Zu diesem Schluss kommen Krüger et al. (2013) in ihrer multizentrischen Querschnittstudie, in welcher die Häufigkeit mechanischer Fixierungen bei 1276 Pflegebedürftigen in vier maximalversorgenden Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen untersucht wurde. In der Studie konnte eine Prävalenz von 11,8 % festgestellt werden.² Die Altersverteilung zeigte, dass Fixierungen insbesondere bei pflegebedürftigen Menschen mit höherem Lebensalter angewendet wurden.³ In einer weiteren Querschnittsstudie von Heinze, Dassen und Grittner (2011), in welcher die Häufigkeit fixierender Maßnahmen anhand standardisierter Fragebögen in 15 Akutkrankenhäusern untersucht wurde, lag die Prävalenz bei der Anwendung von Bettgittern und Fixiergurten bei 9,3 %.⁴ Auch Thomann et al. (2021) berichten über häufige mechanische und medikamentöse Fixierungen im akutstationären Setting und konnten über einen Zeitraum von 30 Tagen eine Prävalenzrate von 8,7 % ermitteln.⁵

Die Differenzen in Studien bzgl. der Prävalenz freiheitsentziehender Maßnahmen sind auf unterschiedliche Charakteristika der Pflegebedürftigen aus den Stichproben und Vorgehensweisen bei der Datenerhebung sowie voneinander abweichende Begriffsverständnisse zurückzuführen.⁶ Für die Operationalisierung des Begriffs „Freiheitsentziehende Maßnahmen“ wird in dieser Arbeit die Definition einer internationalen Gruppe von Expertinnen und Experten herangezogen. Diese beschreiben freiheitsentziehende Maßnahmen als Handlungen oder Vorkehrungen,

- die einen Positions- oder Ortswechsel verhindern und/oder die Nähe zum eigenen Körper begrenzen,
- die am Körper oder in dessen unmittelbarer Umgebung ausgeführt bzw. angebracht werden und
- die nicht problemlos eigenhändig kontrolliert oder beseitigt werden können.⁷

Für die Anwendung von Fixierungen können individuelle, organisatorische, therapiebezogene oder soziale Faktoren ursächlich sein.⁸ Da jedoch derzeit keine eindeutigen wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Wirksamkeit freiheitsentziehender Maßnahmen vorliegen⁹, sollten diese mit besonderer Vorsicht angewendet werden. In einigen Publikationen wird

¹ Vgl. Krüger, C. u.a. (2013), S. 1599.

² Vgl. ebd., S. 1603.

³ Vgl. ebd., S. 1601.

⁴ Vgl. Heinze, C.; Dassen, T.; Grittner, U. (2011), S. 1033.

⁵ Vgl. Thomann, S. u.a. (2020) S. 4.

⁶ Vgl. Abraham, J. u.a. (2021), S. 2.

⁷ Vgl. Köpke, S. u.a. (2015), S. 21.

⁸ Vgl. hierzu ausführlich Köpke, S. u.a. (2015), S. 26.

⁹ Vgl. Abraham, J. u.a. (2021), S. 2.

beschrieben, dass Fixierungen für pflegebedürftige Menschen u. U. sogar gesundheitsgefährdend sein können. Beispielsweise beschreiben Evans, Wood und Lambert (2003) Studienergebnisse, die auf einen Zusammenhang zwischen der Anwendung von Fixierungen und einem erhöhten Sterbe-, Sturz- und Verletzungsrisiko von Pflegebedürftigen sowie verlängerten Verweildauern im Krankenhaus hinweisen.¹⁰ Wichtig zu beachten sind im Kontext freiheitsentziehender Maßnahmen außerdem rechtliche und ethische Aspekte. Der unsachgemäße Umgang mit fixierenden Maßnahmen kann aus strafrechtlicher Perspektive gemäß § 239 (StGB) als Freiheitsberaubung gewertet werden.¹¹ Insofern betroffene Pflegebedürftige nicht eigenständig in die freiheitsentziehende Maßnahme einwilligen können, bedarf es nach § 1906 (BGB) der Entscheidung durch zuständige Betreuer*innen und Genehmigung durch das Betreuungsgericht.¹²

In Pflegeeinrichtungen werden Handlungsabläufe standardisiert, um Mitarbeitende bei der Einhaltung rechtlicher und fachlicher Vorgaben im Umgang mit Fixierungen zu unterstützen. Ein solcher Standard zu freiheitsentziehenden Maßnahmen liegt auch in den Kliniken X vor (siehe Anlagen 1-4 im Anhang). Im Gespräch mit verantwortlichen Personen aus der Pflege und dem Qualitätsmanagement der Kliniken X wurde festgestellt, dass der vorliegende Standard zu freiheitsentziehenden Maßnahmen Verbesserungspotenziale hinsichtlich der formal-methodischen und inhaltlichen Gestaltung aufweist, da in diesem beispielsweise Literaturhinweise fehlen und keine Interventionen zur Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen einbezogen wurden. Daher bedarf es einer Überarbeitung des Standards, die für das Jahr 2023 geplant ist.

¹⁰ Vgl. Evans, D.; Wood, J.; Lambert, L. (2003), S. 274.

¹¹ Vgl. Hein, G.; Noll, T. (2019), S. 2150.

¹² Vgl. ebd., S. 2151.

2 Zielsetzung und Forschungsfragen

Das Ziel der vorliegenden Bachelorarbeit ist es, Empfehlungen zur formal-methodischen und inhaltlichen Gestaltung des Standards *Freiheitsentziehende Maßnahmen* der Kliniken X zu formulieren, die als Grundlage für die kommende Aktualisierung dienen können. Die Vorgehensweise zur Erreichung dieses Ziels basiert auf Konzepten zur kritischen Bewertung von Leitlinien und Implementierung evidenzbasierter Leitlinienempfehlungen.¹³ Im ersten Teil dieser Arbeit soll das Verbesserungspotenzial des Standards anhand formal-methodischer und inhaltlicher Kriterien überprüft werden. Wie bereits erwähnt, weist der Standard keine konkreten Handlungsanweisungen zur Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen auf. Da diese Thematik in der klinischen Praxis und Forschung immer mehr an Bedeutung gewinnt (siehe Kapitel 3.1), sollte der Standard diesbezüglich ergänzt werden. Daher soll im zweiten Teil eine Synthese wissenschaftlicher Erkenntnisse und Empfehlungen zu pflegerischen Strategien zur Vermeidung von Fixierungen erfolgen. Aus der Zielsetzung leiten sich folgende Forschungsfragen ab, die in dieser Arbeit untersucht werden sollen:

- Inwieweit entspricht der Standard *Freiheitsentziehende Maßnahmen* der Kliniken X den formalen und methodischen Anforderungen für klinische Standards und welche Verbesserungsvorschläge lassen sich daraus ableiten?
- Welche Strategien können Pflegefachpersonen in der akutstationären Versorgung anwenden, um Fixierungen von pflegebedürftigen Menschen zu vermeiden?

¹³ Vgl. Brouwers, M. u.a. (2014) und Burckhardt, M. (2021).

3 Theoretischer Hintergrund

Im Rahmen der orientierenden Recherche konnten einige Publikationen und Projekte identifiziert werden, die im thematischen Zusammenhang mit dieser Arbeit stehen und zur Abbildung des aktuellen Forschungsstands kurz vorgestellt werden. Danach folgen Erläuterungen zum Methodenkonzept zur Implementierung evidenzbasierter Leitlinienempfehlungen.

3.1 Aktueller Forschungsstand zur Vermeidung von Fixierungen

In der orientierenden Recherche wurde zum einen die evidenzbasierte Praxisleitlinie *FEM* von Köpke et al. (2015) identifiziert.¹⁴ Diese hat zum Ziel, die pflegerische Versorgung in Altenpflegeheimen unter Berücksichtigung der Würde sowie Bewegungs- und Entscheidungsfreiheit der Bewohner*innen zu fördern. Um dem gerecht zu werden, sollen freiheitsentziehende Maßnahmen kritisch reflektiert und wenn möglich vermieden werden.¹⁵ Auch im Expertenstandard *Sturzprophylaxe in der Pflege* des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP, 2013) wurden Hinweise zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen gefunden. Im Standard heißt es, dass ein erhöhtes Risiko für Verletzungen, Stürze oder die Gabe von Medikamenten durch die Vermeidung bzw. Reduktion freiheitsentziehender Maßnahmen unwahrscheinlich ist.¹⁶ Zudem sollten Fixierungen in keinem Fall zur Prophylaxe von Stürzen eingesetzt werden.¹⁷ In der Recherche wurde außerdem die Initiative *Werdenfelser Weg* identifiziert, die 2007 durch die Mitarbeiter*innen einer Betreuungsbehörde und eines Amtsgerichts in Bayern initiiert wurde.¹⁸ Durch die Umsetzung des Werdenfelser Weges sollen in stationären Pflegeeinrichtungen Entscheidungsprozesse zur Abwägung freiheitsentziehender Maßnahmen verbessert und Fixierungen auf ein nötiges Minimum begrenzt werden.¹⁹ Hierzu liegen jedoch keine wissenschaftlichen Erkenntnisse vor. Hinsichtlich der Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen in der Akutversorgung existieren im deutschsprachigen Raum derzeit die Forschungsprojekte MARAH und PROTECT.²⁰ Bei MARAH handelt es sich um eine Mixed-Methods-Studie, in der zwischen 2016 und 2018 die Umsetzbarkeit eines Programms mit Interventionen zur Minimierung freiheitsentziehender Maßnahmen untersucht wurde.²¹ Im Mai letzten Jahres startete das Forschungsprojekt PROTECT, in dem anhand einer Cluster-randomisierten kontrollierten Studie die Intervention aus MARAH weiter erforscht werden

¹⁴ Vgl. Köpke, S. u.a. (2015), S. 1.

¹⁵ Vgl. ebd., S. 13.

¹⁶ Vgl. DNQP (2013), S. 109.

¹⁷ Vgl. DNQP (2006), S. 34. Zit. nach: DNQP (2013), S. 109.

¹⁸ Vgl. hierzu ausführlich Kirsch, S. (2018), S. 10.

¹⁹ Vgl. Kirsch, S.; Wassermann, J. (2022), <https://www.werdenfelser-weg-original.de> (Stand: 05.03.2022).

²⁰ Vgl. Abraham, J.; Möhler, R. (2021), S. 47.

²¹ Vgl. ebd., S. 47.

soll.²² Das Projekt soll voraussichtlich bis April 2024 abgeschlossen werden.²³ Des Weiteren konnte bei der Recherche in der Cochrane Library ein Protokoll für ein Systematic Review identifiziert werden, in dem die Sicherheit und Wirksamkeit von Maßnahmen zur Vermeidung von Fixierungen im akutstationären Setting untersucht werden soll.²⁴

3.2 Implementierung evidenzbasierter Leitlinienempfehlungen

Um die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen nach dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu gewährleisten, werden in Pflegeeinrichtungen klinische Standards genutzt, die auf der Basis von Empfehlungen aus Leitlinien oder ähnlich qualitativ hochwertiger Evidenz entwickelt werden.²⁵

Merkmale klinischer Standards und Anforderungen

Klinikinterne Standards, auch sog. „interprofessionelle Leitlinien“²⁶ oder „Behandlungspfade“²⁷, dienen dem einheitlichen Vorgehen in der Pflege und/oder Therapie. Des Weiteren können sie Mitarbeiter*innen in Pflegeeinrichtungen bei der Planung, Koordination und Bewertung von Versorgungsprozessen unterstützen.²⁸ Eine Gruppe von Autorinnen und Autoren eines Cochrane Review Teams definieren klinische Standards als organisierte fachübergreifende Versorgungspläne, welche

- einen Transfer von Empfehlungen aus Leitlinien oder anderer qualitativ hochwertiger Evidenz in die klinische Praxis sicherstellen,
- Behandlungsschritte oder pflegerische Interventionen im Rahmen von Handlungsrichtlinien, Prozessbeschreibungen oder Algorithmen usw. präzise darstellen und
- die Vorgehensweise bei der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen mit spezifischen gesundheitlichen Problemen oder Eingriffen vereinheitlicht.²⁹

Von Leitlinien grenzen sich klinische Standards dahingehend ab, dass sie anstelle von Handlungsempfehlungen standardisierte Handlungsabläufe in ausgewählten Versorgungssituationen vorgeben. Da klinische Standards an klinikinterne Faktoren angepasst sind, verfügen diese über einen kleineren Einflussbereich als Leitlinien. Neben der Einschätzung und Verbesserung der Versorgungsqualität werden in klinischen Standards finanzielle Aspekte, die Effizienz von Maßnahmen und der Ausgleich von Qualitätsunterschieden in der pflegerischen Versorgung berücksichtigt.³⁰ Die grundlegenden Merkmale von Leitlinien

²² Vgl. Abraham, J.; Möhler, R. (2021), S. 50 f.

²³ Vgl. Universitätsklinikum Halle (Saale) (o. J.), <https://www.medizin.uni-halle.de> (Stand: 05.03.2022).

²⁴ Vgl. John Wiley & Sons, Inc. (2022), <https://www.cochranelibrary.com> (Stand: 05.03.2022).

²⁵ Vgl. Burckhardt, M. (2021), S. 65.

²⁶ Ebd., S. 65.

²⁷ Ebd., S. 65.

²⁸ Vgl. ebd., S. 65.

²⁹ Vgl. Lawal, A. K. u.a. (2016), S. 3.

³⁰ Vgl. Chiang, A. C.; Ellis, P.; Zon, R. (2017), S. 155.

werden im Kapitel 4.2.1 erläutert. In Orientierung an den Kriterien zur Leitlinienbewertung nach AGREE (siehe Kapitel 4.1) werden im Methodenkonzept von Professorin Marion Burckhardt (2021) Merkmale beschrieben, die ein verlässlicher und gut umsetzbarer Standard aufweisen sollte:

- Transparenz und Verständlichkeit bzgl. der Entwicklung des Standards, sodass das Vorgehen wiederholt werden könnte;
- Berücksichtigung aller betroffenen Berufs- bzw. Personengruppen und
- Wiedergabe aktueller wissenschaftlicher und pflegfachlicher Erkenntnisse.³¹

Vorgehensweise bei der Entwicklung klinischer Standards

Im Methodenkonzept werden sechs wesentliche Schritte beschrieben, die bei der Erstellung klinischer Standards durchlaufen werden sollten (siehe Abb. 1). Die Entwicklung oder Überarbeitung eines klinischen Standards kann in verschiedenen Fällen indiziert sein. Beispielsweise können aktualisierte Leitlinienempfehlungen oder Evidenz zur Effektivität von Interventionen vorliegen. Des Weiteren können unsicheres Handeln von Mitarbeiter*innen in spezifischen Versorgungssituationen, Defizite der Versorgungsqualität, Ergebnisse einrichtungsinterner Qualitätsprüfungen, finanzielle Aspekte oder geplante Zertifizierungsverfahren zur Erstellung oder Revision klinischer Standards führen.³²

Abb. 1: Prozessschritte zur Entwicklung klinischer Behandlungspfade³³



Zu Beginn der Entwicklung bzw. Überarbeitung klinischer Standards sollten alle betroffenen Stakeholder mit entsprechender fachlicher und methodischer Kenntnis über das Vorhaben informiert und in den Entwicklungs- bzw. Überarbeitungsprozess einbezogen werden (siehe Abb. 1). Die Inklusion aller in der Versorgung und an Schnittstellen mitwirkenden Berufsgruppen gilt als zentrale Voraussetzung für die Umsetzbarkeit eines Standards in die klinische Praxis.³⁴ Für eine gelungene Anwendung standardisierter Handlungsabläufe bedarf es nicht nur der Orientierung an qualitätsbezogenen Faktoren und finanziellen Ressourcen

³¹ Vgl. Burckhardt, M. (2021), S. 67.

³² Vgl. ebd., S. 66.

³³ Enthalten in: Burckhardt, M. (2021), S. 74.

³⁴ Vgl. Ramos, M. C.; Ratliff, C. 1997, S. 67 f. Zit. nach: Burckhardt, M. (2021), S. 68.

in der Klinik, sondern v. a. der Berücksichtigung des Erfahrungswissens von Mitarbeiter*innen und der Praktikabilität im Stationsalltag.³⁵ Zudem sollten die Bedürfnisse betroffener pflegebedürftiger Menschen bei der Standardentwicklung einfließen, die entweder im direkten Kontakt, anhand klinikinterner Befragungen oder wissenschaftlicher Studien ermittelt werden können.³⁶

Neben der Beteiligung relevanter Stakeholder*innen sollten die Geltungsbereiche, Zielsetzung und zentrale Elemente des Standards festgelegt werden (siehe Abb. 1). Der Aufbau und die Grundelemente eines klinischen Standards sind in Abhängigkeit von dessen Einflussbereich und Zielsetzung sowie den klinikinternen Ressourcen zu wählen. Die Darstellung von Entscheidungs- und Handlungsschritten kann in klinischen Standards beispielsweise in Form von Tabellen oder Schemata erfolgen.³⁷ Des Weiteren können standardisierten Handlungsabläufen „Schlüsselfragen“³⁸ zugrunde liegen, die innerhalb des Schriftstücks auf der Basis pflegfachlicher und wissenschaftlicher Erkenntnisse beantwortet werden.³⁹

Infolge der Bestimmung der Geltungsbereiche, Zielsetzungen und zentralen Elementen des Standards sollen Letztere im Rahmen einer Evidenzsynthese erarbeitet werden (siehe Abb. 1). Die Synthese wissenschaftlicher Erkenntnisse und deren Überführung in eine standardisierte Form bilden den Kern klinischer Standards.⁴⁰ Das Vorgehen bei der Synthese von Evidenz sollte sich auf wissenschaftliche Methoden stützen und „den Gütekriterien der Validität, Zuverlässigkeit und Reproduzierbarkeit sowie transparenten Berichterstattung“⁴¹ entsprechen.⁴² Für die Evidenzsynthese im Rahmen der Entwicklung klinischer Standards eignen sich nationale Leitlinien der Klassifikation S3 oder S2-E oder Leitlinien internationaler Reichweite.⁴³ Um die Effektivität von Maßnahmen zu ermitteln, sollte zudem eine Suche nach thematisch relevanten systematischen Übersichtsarbeiten erfolgen.⁴⁴ Die Erkenntnisse bzw. Empfehlungen aus den identifizierten Publikationen sollen anschließend anhand ausgewählter inhaltlicher Kategorien in Orientierung an den festgelegten zentralen Elementen bzw. zu beantwortenden Schlüsselfragen tabellarisch und in Textform zusammengefasst werden.⁴⁵

³⁵ Vgl. Chiang et al. (2017). Zit. nach Burckhardt, M. S. 68.

³⁶ Vgl. Burckhardt, M. (2021), S. 69.

³⁷ Vgl. ebd., S. 70.

³⁸ Ebd., S. 70.

³⁹ Vgl. ebd., S. 70.

⁴⁰ Vgl. ebd., S. 70.

⁴¹ Ebd., S. 71.

⁴² Vgl. Kastner, M. u.a. (2015), S. 505.

⁴³ Vgl. Burckhardt, M. (2021), S. 71.

⁴⁴ Vgl. ebd., S. 71.

⁴⁵ Vgl. Burckhardt, M. (2021), S. 72.

Auf der Grundlage der Evidenzsynthese werden die zentralen Elemente des klinischen Standards unter Beachtung der Praktikabilität der identifizierten Interventionen bzw. Handlungsempfehlungen und Interessen der Stakeholder*innen im Team abgestimmt. Des Weiteren sollte die Umsetzbarkeit von Standards in der klinischen Praxis getestet und Strategien zur finalen Implementierung unter Berücksichtigung regelmäßiger Evaluationen und Aktualisierungen entwickelt werden.⁴⁶ Um den Entwicklungsprozess klinischer Standards für alle Mitarbeiter*innen nachvollziehbar darzustellen, wird die Erstellung eines „Methodenreports“ vorgeschlagen, welcher in Anlehnung an AGREE entwickelt wurde (siehe Anlage 1 im Anhang). Dieser dient als Ergänzung zu klinischen Standards und bietet Mitarbeiter*innen einen Überblick über das Vorgehen bei der Standardentwicklung und die verwendete Literatur, wodurch deren Akzeptanz für die Handlungsanweisungen gefördert werden kann.⁴⁷

Im Hinblick auf die Prozessschritte (Abb. 1) wurden in der Vorbereitung für diese Bachelorarbeit Gespräche mit relevanten Stakeholderinnen und Stakeholdern aus der Pflege und Ärzteschaft sowie dem Qualitätsmanagement der Kliniken X geführt. Dabei konnten Verbesserungspotenziale des Standards *Freiheitsentziehende Maßnahmen* festgestellt werden, die im Rahmen dieser Arbeit anhand einer Analyse präzisiert werden sollen. Da der Standard keine Hinweise zur Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen enthält, soll hierzu eine Evidenzsynthese erfolgen.

⁴⁶ Vgl. Burckhardt, M. (2021), S. 72.

⁴⁷ Vgl. ebd., S. 72.

4 Methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel wird die methodische Herangehensweise bei der Analyse des Standards *Freiheitsentziehende Maßnahmen* der Kliniken X und der Evidenzsynthese zur Identifikation pflegerischer Strategien zur Vermeidung von Fixierungen beschrieben.

4.1 Standardanalyse orientiert an AGREE II

Die Analyse des Standards der Kliniken X erfolgt in Orientierung an den Kriterien zur Leitlinienbewertung des *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation* (AGREE). Das AGREE-II ist ein Instrument, welches Dienstleistenden und Führungskräften im Gesundheitswesen, Entwicklerinnen und Entwicklern von Leitlinien sowie Lehrenden für Gesundheitsberufe Unterstützung bei der Qualitätsbewertung und Erarbeitung von Leitlinien sowie Selektierung von wissenschaftlichen Erkenntnissen und deren Darlegung in Leitlinien bietet.⁴⁸ Das Instrument beinhaltet 23 Items in sechs Domänen, die jeweils eine autonome Qualitätsdimension repräsentieren (siehe Tab. 1). Brouwers et al. (2014) empfehlen die Anwendung des Instruments durch zwei bis vier Bewerter*innen.⁴⁹

Tab. 1: Domänen des AGREE-II-Instruments mit Erläuterung⁵⁰

Domäne	Beschreibung
1 Geltungsbereich und Zweck	„[...] bezieht sich auf das Gesamtziel einer Leitlinie, die in der Leitlinie behandelten gesundheitsrelevanten Fragen und die Zielpopulation der Leitlinie (Items 1-3).“ (S. 18)
2 Beteiligung von Interessengruppen	„[...] fragt, inwieweit alle relevanten Berufsgruppen an der Erstellung der Leitlinie beteiligt waren und diese die Ansichten der Anwenderzielgruppe repräsentieren (Items 4-6).“ (S. 18)
3 Genauigkeit der Leitlinienentwicklung	„[...] bezieht sich auf das Verfahren, mit dem die Evidenz gesucht und zusammengefasst wurde, sowie auf die Methoden zur Formulierung und zur Aktualisierung der Empfehlungen (Items 7-14).“ (S. 18)
4 Klarheit der Gestaltung	„[...] befasst sich mit der Sprache, der Struktur und dem Format der Leitlinie (Items 15-17).“ (S. 18)
5 Anwendbarkeit	„[...] betrifft mögliche förderliche und hinderliche Faktoren für die Anwendung der Leitlinie, Strategien zur Förderung der Leitlinienanwendung und Auswirkungen der Anwendung der Leitlinie auf den Ressourcenverbrauch (Items 18-21).“ (S. 19)
6 Redaktionelle Unabhängigkeit	„[...] befasst sich mit dem Einfluss möglicher Interessenkonflikte auf die Formulierung der Empfehlungen (Items 22-23).“ (S. 19)

⁴⁸ Vgl. Brouwers, M. u.a. (2014), S. 6 ff.

⁴⁹ Vgl. ebd., S. 18.

⁵⁰ Tabelleninhalte vollständig übernommen aus: Brouwers, M. u.a. (2014), S. 18 f.

Der Fokus bei der Analyse soll weniger der Bewertung des Standards, sondern vielmehr der Prüfung des methodischen Vorgehens und der Inhalte dienen, um im Nachgang Empfehlungen für die Überarbeitung des Standards formulieren zu können. Daher wurde das Bewertungsschema aus dem AGREE-II-Instrument⁵¹ in eine vereinfachte Form überführt. Anstelle von Zahlen wurden zutreffende Kriterien mit einem „+“ und nichtzutreffende Kriterien mit einem „-“ beurteilt. Bei Kriterien, die aufgrund unzureichender bzw. fehlender Informationen nicht eindeutig beurteilt werden können, wurde ein Fragezeichen platziert. Da es sich bei AGREE II um ein Instrument zur Bewertung von Leitlinien handelt, können nicht alle enthaltenen Items auf klinische Standards angewendet werden. Daher wurde eine gezielte Auswahl geeigneter Kriterien unter Berücksichtigung der Merkmale klinischer Standards und Anforderungen an diese (siehe Kapitel 3.3) vorgenommen. Die ausgewählten Kriterien für die Analyse des Standards „Freiheitsentziehende Maßnahmen“ werden im Folgenden beschrieben.

Domäne 1: Geltungsbereich und Zweck

Brouwers et al. (2014) sehen im ersten Item vor, dass zu Beginn einer Leitlinie die grundlegende Zielsetzung verständlich beschrieben wird.⁵² Diese sollte die in der Leitlinie behandelten Aspekte der pflegerischen Versorgung, das erhoffte Outcome von Maßnahmen und den Geltungsbereich der Leitlinie umfassen.⁵³ Im dritten Item ist festgelegt, dass die Bestimmung des Geltungsbereichs eine Beschreibung der betroffenen Pflegebedürftigen beinhalten sollte, in der u.a. deren Alter und das Vorliegen bestimmter Erkrankungen oder Pflegephänomene definiert wird.⁵⁴ Im Sinne des zweiten Items sollten die behandelten Inhalte, z.B. in Form von Schlüsselfragen, innerhalb der Leitlinie oder in einem separaten Report dargestellt werden.⁵⁵

Domäne 2: Beteiligung von Interessengruppen

Im AGREE-II-Instrument wird als viertes Item aufgeführt, dass alle in der Versorgung beteiligten Professionen an der Entwicklung einer Leitlinie beteiligt werden sollten.⁵⁶ Diesbezüglich ist zu überlegen, ob die einbezogenen Mitarbeiter*innen die erforderlichen Qualifikationen und entsprechende Expertise besitzen, um an der Leitlinienentwicklung effizient mitwirken zu können.⁵⁷ Ein weiteres Item überprüft die Erfassung und Berücksichtigung der

⁵¹ Vgl. Brouwers, M. u.a. (2014), S. 19.

⁵² Vgl. ebd., S. 23.

⁵³ Vgl. ebd., S. 23.

⁵⁴ Vgl. ebd., S. 25.

⁵⁵ Vgl. ebd., S. 24.

⁵⁶ Vgl. ebd., S. 27.

⁵⁷ Vgl. ebd., S. 27.

Sichtweisen und Bedürfnisse betroffener pflegebedürftiger Personen in der Leitlinienentwicklung.⁵⁸ Diese können mithilfe von Gesprächen mit den Pflegebedürftigen oder vertretenden Personen, klinikinternen Befragungen oder anhand aktueller Evidenz ermittelt werden.⁵⁹ Im sechsten Item wird eine präzise Darstellung ausgewählter Anwender*innen von Leitlinien gefordert. Dadurch sollen die Leser*innen feststellen können, ob sie der Zielgruppe der Leitlinie angehören und deren Inhalte für sie bedeutsam sind. Die Anwender*innen sollten so ausgewählt werden, dass sie zum Geltungsbereich passen.⁶⁰

Domäne 3: Genauigkeit

Das siebte Item prüft die Durchführung einer systematischen Literaturrecherche zur Identifikation wissenschaftlicher Erkenntnisse, auf deren Grundlage Leitlinienempfehlungen formuliert werden sollen. Leitlinien sollten eine genaue Beschreibung der Suchstrategie, ausgewählter Suchbegriffe und Informationsquellen sowie Angaben zum Zeitraum der Suche aufweisen.⁶¹ Außerdem gibt das elfte Item vor, dass Handlungsempfehlungen in Leitlinien unter Beachtung ihrer gesundheitsfördernden Wirkung, unerwünschten Begleiterscheinungen und Risiken für Pflegebedürftige verfasst werden sollen. Dabei sollte auf Vor- und Nachteile einer Intervention im gleichen Maße eingegangen werden.⁶² Anhand des 14. Items wird das Vorhandensein eines Plans zur Aktualisierung von Leitlinien überprüft. Dieser sollte Hinweise bzgl. des Zeitpunkts der Überarbeitung, Bedingungen für die Notwendigkeit einer Aktualisierung und das methodische Vorgehen beinhalten.⁶³

Domäne 4: Klarheit der Gestaltung

Anhand des 15. Items kann überprüft werden, inwiefern die Empfehlungen einer Leitlinie verständlich und themenspezifisch formuliert wurden. Aus der Leitlinie sollte hervorgehen, welche Handlungsschritte in der jeweiligen Versorgungssituation anhand der identifizierten wissenschaftlichen Erkenntnisse abgeleitet wurden. Auch Unsicherheiten bzgl. der optimalen Herangehensweise in bestimmten Versorgungssituationen sollten in Leitlinien erfasst werden. Des Weiteren sollten die Zielsetzung und der Nutzen der Handlungsempfehlungen sowie mögliche Limitationen beschrieben werden. Es sollte klar erkenntlich sein, welche Empfehlungen an welche Berufsgruppe gerichtet sind.⁶⁴ Item 16 fordert eine konkrete Darstellung alternativer Handlungsschritte, die in der jeweiligen Versorgungssituation angewendet werden können. In der Leitlinie sollte zu jeder Alternative die Adressatinnen und Adressaten bzw. Voraussetzungen für deren Anwendung benannt werden.⁶⁵ Das 17. Item

⁵⁸ Vgl. Brouwers, M. u.a. (2014), S. 28.

⁵⁹ Vgl. ebd., S. 28.

⁶⁰ Vgl. ebd., S. 29.

⁶¹ Vgl. ebd., S. 31.

⁶² Vgl. ebd., S. 35.

⁶³ Vgl. ebd., S. 38.

⁶⁴ Vgl. ebd., S. 40.

⁶⁵ Vgl. ebd., S. 41.

prüft das Vorhandensein von zentralen Empfehlungen, welche die Hauptaussagen der jeweiligen Leitlinie wiedergeben sollten.⁶⁶

Domäne 5: Anwendbarkeit

Anhand des 18. Items soll beurteilt werden, inwiefern potenzielle Förderfaktoren und Barrieren bedacht wurden, die auf die Umsetzung der Leitlinienempfehlungen Einfluss nehmen könnten. In Leitlinien sollte ersichtlich sein, wie Förderfaktoren und Barrieren ermittelt und in der Leitlinienentwicklung berücksichtigt wurden.⁶⁷ Mithilfe des 19. Items wird das Vorhandensein von Hilfestellungen bzw. Hinweisen zu konkreten Instrumenten geprüft, die eine bestmögliche Umsetzung von Leitlinienempfehlungen fördern können.⁶⁸ Brouwers et al. (2014) nennen diesbezüglich z.B. eine Kurzversion der Leitlinie, Pocketcards, Materialien zur Edukation, Resultate eines Pilotprojekts zur Implementierung der Leitlinie, eine Leitlinienversion für Pflegebedürftige oder unterstützende IT-Programme. Des Weiteren könnten „Checklisten und Algorithmen“⁶⁹ beigefügt werden, die eine erfolgreiche Umsetzung von Leitlinienempfehlungen in die klinische Praxis begünstigen können.⁷⁰ Item 21 setzt voraus, dass Leitlinien Kriterien zur Beurteilung der Qualität von Prozessschritten und/oder Ergebnissen anführen.⁷¹

Domäne 6: Redaktionelle Unabhängigkeit

Anhand des 23. Items wird geprüft, inwieweit bei der Erstellung von Leitlinien Differenzen bzgl. der Interessen beteiligter Professionen beachtet wurden.⁷² In Leitlinien sollten interessenbasierte Konflikte sowie das Vorgehen bei deren Identifikation und Strategien zum Umgang mit den Konflikten beschrieben werden.⁷³

⁶⁶ Vgl. Brouwers, M. u.a. (2014), S. 42.

⁶⁷ Vgl. ebd., S. 44.

⁶⁸ Vgl. ebd., S. 45.

⁶⁹ Ebd., S. 45.

⁷⁰ Vgl. ebd., S. 45.

⁷¹ Vgl. ebd., S. 47.

⁷² Vgl. ebd., S. 50.

⁷³ Vgl. ebd., S. 50.

4.2 Evidenzsynthese

Im Folgenden wird die Vorgehensweise bei der Identifikation und Synthese ausgewählter Literatur in Orientierung am Gliederungsvorschlag für Methodenreports (siehe Anlage 5 im Anhang) dokumentiert.

4.2.1 Kriterien zur Auswahl relevanter Literatur

Zu Beginn der Evidenzsynthese wurden anhand inhaltlicher und formal-methodischer Kategorien Kriterien formuliert (siehe Anlage 6 im Anhang), die im Kapitel 4.2.2 zur Auswahl relevanter Literatur herangezogen werden. Für die Entwicklung bzw. Überarbeitung eines klinischen Standards sollen idealerweise Leitlinien und systematische Übersichtsarbeiten herangezogen werden.⁷⁴ Letztere unterscheiden sich u.a. in Systematic Reviews und Scoping Reviews. Systematic Reviews untersuchen in verschiedenen Gesundheitsbereichen, meist auf der Basis von (randomisiert-) kontrollierten Studien, wie wirksam bestimmte Maßnahmen sind.⁷⁵ Scoping Reviews hingegen haben zum Ziel, „[...] die Schlüsselkonzepte eines Forschungsbereichs abzubilden, Arbeitsdefinitionen zu erstellen oder die inhaltlichen Grenzen eines Themas abzustecken.“⁷⁶ Für die Evidenzsynthese in dieser Arbeit sollen, insofern vorhanden, Scoping Reviews und Systematic Reviews einbezogen werden, um einen Überblick über pflegerische Strategien zur Vermeidung von Fixierungen geben zu können. Des Weiteren sollen nationale und internationale Leitlinien herangezogen werden. In Bezug auf die Sprache und das Erscheinungsdatum sollen deutsch- und englischsprachige Publikationen selektiert werden, die innerhalb der letzten zehn Jahre veröffentlicht wurden. Im Hinblick auf inhaltliche Kriterien sollen systematische Übersichtsarbeiten und Leitlinien eingeschlossen werden, die Evidenz und Empfehlungen zu pflegerischen Strategien zur Vermeidung von Fixierungen bei erwachsenen Pflegebedürftigen im Akutkrankenhaus beinhalten.

4.2.2 Literaturrecherche und -auswahl

Das methodische Vorgehen bei der systematischen Suche nach relevanten Übersichtsarbeiten und Leitlinien orientiert sich am Manual zur Literaturrecherche in Fachdatenbanken von Thomas Nordhausen und Julian Hirt. Die Fragestellung, die in diesem Kapitel untersucht werden soll, lautet wie folgt: Welche Strategien können Pflegefachpersonen in der akutstationären Versorgung anwenden, um Fixierungen von pflegebedürftigen Menschen zu vermeiden?

⁷⁴ Vgl. Burckhardt, M. (2021), S. 71.

⁷⁵ Vgl. Burckhardt, M. (2018), S. 42.

⁷⁶ Arksey, H.; O'Malley, L. 2005. Zit. nach: Elm, E.; Schreiber, G.; Haupt, C. C. (2019), S. 1.

Die Recherche und Auswahl der Literatur wurden im Februar und März dieses Jahres durchgeführt.

Bestimmung des Rechercheprinzips und der Suchkomponenten

Um möglichst alle relevanten systematischen Übersichtsarbeiten und Leitlinien zu identifizieren, erfolgt die Literaturrecherche in dieser Arbeit nach dem *sensitiven Rechercheprinzip*.⁷⁷ Dieses kennzeichnet sich u.a. dadurch, dass die zu untersuchenden Fragestellungen in möglichst wenige Suchkomponenten strukturiert werden.⁷⁸ Für die Operationalisierung der Forschungsfrage wurde das Schema PICOS gewählt, welches die Suchkomponenten *Patient (P)*, *Intervention (I)*, *Control (C)*, *Outcome (O)* und *Setting (S)* beinhaltet.⁷⁹ Bei der Festlegung von Suchkomponenten sollten zwei Punkte beachtet werden. Suchkomponenten sollten sich

- eindeutig von anderen Suchkomponenten abgrenzen bzw. sich nicht mit diesen überschneiden und
- eine Erfassung aller zugehörigen Suchbegriffe ermöglichen.⁸⁰

Aufgrund der Vielzahl von Gründen für die Anwendung von Fixierungen können möglicherweise nicht alle denkbaren Suchbegriffe identifiziert werden, um die Suchkomponente P vollständig abzubilden, weshalb diese ausgeschlossen wurde. Da die Forschungsfrage keine Kontrollintervention beinhaltet, wurde zudem auf die Suchkomponente C verzichtet. Die Suchkomponente O (Vermeidung von Fixierungen) würde sich mit der Suchkomponente I überschneiden, weshalb auch die Suchkomponente O ausgeschlossen wurde. Folglich verbleiben zwei Suchkomponenten, anhand denen sich die Recherche ausrichtet:

- Suchkomponente I: Pflegerische Strategien zur Vermeidung von Fixierungen
- Suchkomponente S: akutstationäre Versorgung

Auswahl der zu durchsuchenden Datenbanken

Im Anschluss an die Bestimmung des Rechercheprinzips und der Suchkomponenten erfolgt die Auswahl der Datenbanken, in denen recherchiert werden soll. Da das sensitive Rechercheprinzip befolgt wird, sollte eine höhere Anzahl an Datenbanken durchsucht werden.⁸¹ Die Auswahl von Datenbanken lässt sich anhand von drei Kriterien begründen: Übereinstimmung des Forschungsthemas mit den inhaltlichen Schwerpunkten der Datenbank, enthaltene geeignete Forschungsdesigns bzw. Publikationstypen und die Zugänglichkeit der Datenbank.⁸² Unter Berücksichtigung dieser Kriterien wurden folgende Datenbanken für die

⁷⁷ Vgl. Nordhausen, T.; Hirt, J. (2020), S. 14.

⁷⁸ Vgl. ebd., S. 15.

⁷⁹ Vgl. ebd., S. 20.

⁸⁰ Vgl. Nordhausen, T.; Hirt, J. (2019), S. 8.

⁸¹ Vgl. Nordhausen, T.; Hirt, J. (2020), S. 24.

⁸² Vgl. ebd., S. 24 f.

Recherche ausgewählt: *MEDLINE* via *Pubmed*, *Cochrane Database of Systematic Reviews* (CDSR), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Trip Database* und die Datenbanken der *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.* (AWMF online) und des *Zentrums für Qualität in der Pflege* (ZQP). Bei der *Trip Database* wurde von einem kostenpflichtigen Erwerb der Pro-Version abgesehen und stattdessen die frei verfügbare Version genutzt.

Identifikation von Suchbegriffen und Suche nach Schlagwörtern

Nach der Auswahl der zu durchsuchenden Datenbanken erfolgt die Identifikation von Suchbegriffen für die einzelnen Suchkomponenten. Bezüglich der Sprache wurden die Begriffe in Orientierung an der Suchsprache der ausgewählten Datenbanken festgelegt.⁸³ Dem entsprechend wurden alle Suchbegriffe und Synonyme in englischer und deutscher Sprache angegeben. Zu Beginn wurden für die Suchkomponenten Oberbegriffe bestimmt, für die anschließend Unterbegriffe und Synonyme gesammelt wurden.⁸⁴ Für die Suchkomponente I wurden die Oberbegriffe „Fixierungen“ und „Vermeidung“ und für die Suchkomponente S der Oberbegriff „Akutkrankenhaus“ festgelegt. Die pflegerischen Strategien wurden nicht als Oberbegriff ausgewählt, da diese in der Literaturrecherche identifiziert werden sollen und somit möglicherweise nicht vollständig im Vorfeld bekannt sind. Dies könnte den Ausschluss relevanter Publikationen zur Folge haben, wodurch u. U. wichtige Empfehlungen und Evidenz unbeachtet bleiben.

Für die festgelegten Oberbegriffe der einzelnen Suchkomponenten werden nun Unterbegriffe und Synonyme gesammelt (siehe Anlage 7 im Anhang). Dabei sollten nicht nur sinnverwandte und thematisch untergeordnete Begriffe, sondern ebenso mögliche Veränderungen innerhalb eines Wortes beachtet werden. Hierzu zählen beispielsweise Singularität und Pluralität eines Begriffs, alternative Schreibweisen oder veränderte Wortstellungen.⁸⁵ Um möglichst alle relevanten Begriffe zu identifizieren, wurde Brainstorming betrieben und die Plattformen *Duden*, *openthesaurus.de* und *thesaurus.com* genutzt. In einer orientierenden Recherche wurden Publikationen, wie z.B. die Leitlinie *FEM* von Köpke et al. (2015) herangezogen, um diese auf die dort verwendeten (Fach-) Begriffe zu untersuchen. Mittels einer ersten Schnellsuche in *MEDLINE* via *PubMed* wurden die gesammelten Fachbegriffe recherchiert und die ersten fünf Seiten der Ergebnisse anhand der Titel und Abstracts im Hinblick auf deren inhaltliche Übereinstimmung mit dem Forschungsthema überprüft. Die Suche nach dem Begriff „fixation“ ergab, dass sich die Ergebnisse nicht auf das Forschungsthema, sondern auf die Fixierungen mit Fixateuren bezogen. Bei der Recherche

⁸³ Vgl. Nordhausen, T.; Hirt, J. (2019), S. 13.

⁸⁴ Vgl. Nordhausen, T.; Hirt, J. (2020), S. 29.

⁸⁵ Vgl. Grindlay, D.; Karantana, A. (2018), S. 676.

des Begriffs „sedation“ wurden zahlreiche Publikationen zu anästhetischen Themen gesichtet. Aufgrund der starken Abweichungen der Ergebnisse vom Forschungsthema wurden die Begriffe „fixation“ und „sedation“ nicht in die Begriffssammlung aufgenommen.

Anhand der Suchbegriffe können Schlagwörter hergeleitet werden, die Publikationen in Datenbanken anhand methodischer oder inhaltlicher Kriterien zugewiesen sind und eine präzise Suche nach relevanter Literatur ermöglichen (siehe Anlage 8 im Anhang).⁸⁶ Die Identifikation von Schlagwörtern erfolgt über das Schlagwortregister der jeweiligen Datenbank, indem jeder der zuvor festgelegten Suchbegriffe in die Suchmaske eingegeben und thematisch passende Schlagwörter aus den Suchergebnissen ermittelt werden.⁸⁷ Von den ausgewählten Datenbanken ist eine Suche nach Schlagwörtern in MEDLINE via PubMed, CDSR und CINAHL möglich. Da es sich hierbei um Datenbanken mit englischer Suchsprache handelt, wurden ausschließlich englischsprachige Suchbegriffe berücksichtigt und in das Suchfeld des jeweiligen Schlagwortregisters eingegeben. Nachfolgend wurden potenziell passende Schlagwörter anhand kurzer Begriffserläuterungen, den „Scope Notes“, hinsichtlich ihrer thematischen Kongruenz zum Suchbegriff bzw. zur jeweiligen Suchkomponente überprüft.⁸⁸ Zudem wurden unter- bzw. übergeordnete Schlagwörter überprüft, die im Zusammenhang mit dem bereits identifizierten Schlagwort angezeigt wurden.⁸⁹

Entwicklung der Suchstrings für die Datenbankrecherche

Im nächsten Schritt sollen die Suchkomponenten zu einem Suchstring verbunden werden. Dieser ist das finale Gebilde aus den identifizierten Suchbegriffen und Schlagwörtern und dient der systematischen Recherche in Datenbanken.⁹⁰ Da Schlagwörter in den Datenbanken nicht immer identisch sind und zum Teil unterschiedliche Suchfunktionen zur Verfügung stehen, muss für jede Datenbank ein individueller Suchstring erstellt werden.⁹¹ Die Datenbanken MEDLINE via PubMed, CDSR und CINAHL verfügen über erweiterte Suchoptionen, weshalb zunächst das Vorgehen bei der Entwicklung der Suchstrings für diese Datenbanken beschrieben wird. In der Datenbank der AWMF und der frei zugänglichen Version der Trip Database sind im Vergleich zu den anderen Datenbanken nur einfache Suchen über ein Suchfeld möglich. In der Datenbank des ZQP ist lediglich eine Handsuche möglich. Daher wurde hier auf die systematische Entwicklung von Suchstrings verzichtet. Am Ende dieses Kapitels wird die Vorgehensweise bei der Recherche in diesen Datenbanken erläutert.

⁸⁶ Vgl. Nordhausen, T.; Hirt, J. (2019), S. 17.

⁸⁷ Vgl. ebd., S. 17.

⁸⁸ Vgl. Nordhausen, T.; Hirt, J. (2020), S. 31.

⁸⁹ Vgl. Nordhausen, T.; Hirt, J. (2019), S. 16.

⁹⁰ Vgl. Nordhausen, T.; Hirt, J. (2020), S. 34.

⁹¹ Vgl. ebd., S. 35.

In Orientierung am Vorgehen von Nordhausen und Hirt soll zu Beginn ein vorläufiger Suchstring als Grundlage entwickelt werden, der später an die jeweilige Datenbank angepasst wird.⁹² Um die Begriffe innerhalb einer Suchkomponente und die Suchkomponenten miteinander zu verbinden, wurden die „booleschen Operatoren“⁹³ UND bzw. AND und ODER bzw. OR genutzt. Ziel der Suche ist die Identifikation von Publikationen, die pro Suchkomponente mindestens eines der Schlagwörter oder einen Suchbegriff aufweisen. Aus diesem Grund wurden die Schlagwörter und Suchbegriffe innerhalb einer Suchkomponente mit dem Operator ODER bzw. OR verknüpft.⁹⁴ Durch die Verbindung mit ODER bzw. OR können zudem Publikationen gefunden werden, die mehrere Suchbegriffe oder Schlagwörter aus einer Suchkomponente beinhalten.⁹⁵

Die Suchkomponente „Intervention“ weist zwei thematische Schwerpunkte auf, die durch die Oberbegriffe „Fixierung“ und „Vermeidung“ abgedeckt sind. Um beide Schwerpunkte in die Recherche einzubeziehen, wurden diese mit dem Operator UND bzw. AND verbunden. Da die gesuchten Publikationen Begriffe aus den beiden Suchkomponenten I und S enthalten sollen, wurden diese mit UND bzw. AND zusammengefügt.⁹⁶ Um eine Vermischung der Suchbegriffe und Schlagwörter zwischen den Suchkomponenten zu vermeiden, wurden letztere durch Klammern voneinander getrennt.⁹⁷ Zudem wurde eine Klammersetzung zur Trennung der Schwerpunkte innerhalb der Suchkomponente I vorgenommen. Suchbegriffe, die aus zwei oder mehreren Wörtern bestehen, werden in vielen Datenbanken automatisch mit dem Operator UND bzw. AND bei der Suche getrennt.⁹⁸ Um eine „Phrasensuche“⁹⁹ durchzuführen, d.h. den Suchbegriff als Ganzes und in der genauen Wortfolge zu recherchieren, wurden aus mehreren Wörtern bestehende Suchbegriffe mit Anführungszeichen versehen.¹⁰⁰ Aus den vorangegangenen Schritten ergibt sich ein vorläufiger Suchstring (siehe Abb. 2), der vorerst ohne Schlagwörter gebildet wurde, da diese im nächsten Schritt datenbankspezifisch hinzugefügt werden.

⁹² Vgl. Nordhausen, T.; Hirt, J. (2019), S. 21.

⁹³ Vgl. Nordhausen, T.; Hirt, J. (2020), S. 34.

⁹⁴ Vgl. ebd., S. 35.

⁹⁵ Vgl. Kleibel, V.; Mayer, H. (2011), S. 48.

⁹⁶ Vgl. Nordhausen, T.; Hirt, J. (2020), S. 35.

⁹⁷ Vgl. Nordhausen, T.; Hirt, J. (2019), S. 21.

⁹⁸ Vgl. ebd., S. 22.

⁹⁹ Ebd., S. 22.

¹⁰⁰ Vgl. ebd., S. 22.

Abb. 2: Vorläufiger Suchstring für die Datenbankrecherche¹⁰¹

((Restraint OR restraints OR restrain OR restrained OR "physical restraint" OR "mechanical restraint" OR "pharmacological restraint" OR "chemical restraint")

AND

(Prevention OR prevent OR preventing OR prevented OR preventive OR preventative OR preventable OR avoidance OR avoid OR avoiding OR avoided OR avoidable OR reduction OR reduce OR reducing OR reduced OR minimization OR minimize OR minimizing OR minimized OR alternative OR alternatives))

AND

(hospital OR hospitals OR hospitalization OR hospitalized OR inpatient OR inpatients OR "acute care" OR "intensive care")

Im Anschluss an die Zusammenfügung des Suchstrings soll dieser durch ausgewählte Suchfunktionen und Einbindung der jeweiligen Schlagwörter erweitert werden. Dieser Vorgang muss in individueller Anpassung an die jeweilige Datenbank erfolgen.¹⁰² Die Herangehensweise bei der Weiterentwicklung des vorläufigen Suchstrings wird im Folgenden exemplarisch für MEDLINE via PubMed erläutert, da im Umgang mit dieser Datenbank das größte Erfahrungswissen besteht. Um den vorläufigen Suchstring zu vereinfachen und alle Wortvariationen einzelner Suchbegriffe bei der Recherche zu berücksichtigen, wurden stellvertretende Symbole, sogenannte „Wildcards“¹⁰³, angewendet. Bei MEDLINE via PubMed wird hierfür eine „*Trunkierung“¹⁰⁴ an das Ende des jeweiligen Wortes platziert. Dies hat zur Folge, dass Ein- und Mehrzahl sowie alle anderen denkbaren Wortvariationen eines Suchbegriffs automatisch in der Recherche berücksichtigt werden.¹⁰⁵

Eine weitere Recherchemöglichkeit bieten „Suchbefehle“¹⁰⁶, welche die Suche auf bestimmte Bereiche eines Dokuments begrenzen. Da später eine Vorauswahl relevanter Publikationen anhand der Titel und Abstracts erfolgen soll, wurde die Recherche auf das Suchfeld „Title/Abstract“ eingegrenzt. Im Suchstring wurde dies durch das Einfügen des Suchbefehls „[TIAB]“ dargestellt. In MEDLINE via PubMed werden mithilfe dieses Suchbefehls neben den Titeln und Zusammenfassungen auch die Schlüsselbegriffe des Dokuments durchsucht.¹⁰⁷

Nachfolgend wurden die für MEDLINE via PubMed ermittelten Schlagwörter (siehe Anlage 8 im Anhang) in den Suchstring eingefügt. Hierfür wurde für jedes Schlagwort das Suchfeld

¹⁰¹ Eigene Darstellung, erstellt am 28.03.2022.

¹⁰² Vgl. Nordhausen, T.; Hirt, J. (2019), S. 22.

¹⁰³ Ebd., S. 22.

¹⁰⁴ Ebd., S. 22.

¹⁰⁵ Vgl. ebd., S. 22.

¹⁰⁶ Ebd., S. 22.

¹⁰⁷ Vgl. Nordhausen, T.; Hirt, J. (2019), S. 22.

„MeSH Terms“ gewählt und im Suchstring anhand des Suchbefehls „[MH]“ dargestellt.¹⁰⁸ Um zu überprüfen, ob der Suchstring korrekt gebildet wurde und relevante Suchergebnisse hervorbringt, wurde mit diesem eine erste Recherche in MEDLINE via PubMed durchgeführt. Im Anschluss an die Überprüfung wurde der Suchstring an die Suchfunktionen der Datenbanken CDSR und CINAHL angepasst.¹⁰⁹ Die finalen Suchstrings für die Datenbanken MEDLINE via PubMed, CDSR und CINAHL und Filter bzw. Eingrenzungen für die Suche sind im Anhang ersichtlich (siehe Anlage 9 und 10).

Wie zuvor erwähnt, wurden bei den Datenbanken der AWMF und des ZQP sowie der Trip Database auf eine systematische Entwicklung von Suchstrings verzichtet. Im Portal der AWMF wurde über die „Leitlinien-Suche“ recherchiert, in deren Suchmaske zunächst einzelne Suchbegriffe aus Anlage 7 eingegeben wurden. Die angezeigten Suchergebnisse wurden anhand ihrer Titel auf ihre thematische Relevanz überprüft. Im Laufe der Recherche wurden Suchbegriffe mit dem Operator UND verbunden. Durch die Prüfung verschiedener Suchkombinationen wurde die Suchanfrage Schritt für Schritt optimiert. Bei der Suche in der Trip Database wurde ähnlich vorgegangen, indem auch hier zunächst einzelne Suchbegriffe und Kombinationen aus Suchbegriffen recherchiert wurden. Die finalen Suchstrategien für die Datenbanken der AWMF und Trip sind in Anlage 12 ersichtlich. In der Datenbank des ZQP wurde in den Themenfeldern Gewaltprävention, Intensivpflege, Kognition/Demenz, Gewaltprävention und Mobilität/Sturzprävention per Handsuche nach relevanten Leitlinien gesucht.

Auswahl relevanter Übersichtsarbeiten und Leitlinien

Das Vorgehen bei der Selektierung relevanter systematischer Übersichtsarbeiten und Leitlinien erfolgt in Orientierung an den *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis* (PRISMA)¹¹⁰ aus dem Jahr 2020 (siehe Anlage 14 im Anhang). In PubMed und CINAHL wurden Leitlinien und Übersichtsarbeiten per Handsuche aus den Ergebnissen gefiltert. Die identifizierten Übersichtsarbeiten und Leitlinien wurden aus der jeweiligen Datenbank in das Literaturverwaltungsprogramm *Zotero* überführt und dort die Entfernung von Duplikaten vorgenommen. Im Anschluss daran wurden die Titel und Abstracts der verbliebenen Publikationen hinsichtlich ihrer thematischen Relevanz untersucht und eine Vorauswahl getroffen. Anschließend wurden die Volltexte der ausgewählten Publikationen anhand der Auswahlkriterien (siehe Kapitel 3.2.1) überprüft und ungeeignete Publikationen unter der Angabe des jeweiligen Grundes ausgeschlossen.¹¹¹

¹⁰⁸ Vgl. Nordhausen, T.; Hirt, J. (2019), S. 23.

¹⁰⁹ Vgl. ebd., S. 23.

¹¹⁰ Vgl. Page, M. J. u.a. (2021b), <http://prisma-statement.org> (Stand: 03.03.2022).

¹¹¹ Vgl. Page, M. J. u.a. (2021a), S. 5.

4.2.3 Kriterien zur Bewertung der eingeschlossenen Literatur

In diesem Kapitel werden die verwendeten Instrumente zur kritischen Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien und systematischen Übersichtsarbeiten beschrieben. Die Bewertung ist erforderlich, um Verzerrungspotenziale festzustellen¹¹², die in der Interpretation der Ergebnisse im Hinblick auf die Forschungsfrage berücksichtigt werden sollten.

Bewertung der systematischen Übersichtsarbeiten

Zur Einschätzung der methodischen Qualität von Systematic Reviews wurde die *Critical appraisal checklist for systematic reviews and research syntheses* des Joanna Briggs Instituts (JBI)¹¹³ verwendet. Diese beinhaltet elf Fragestellungen, die anhand der Kategorien „Zutreffend“, „Nicht zutreffend“, „Unsicher“ und „Nicht beurteilbar“ bewertet werden können.¹¹⁴ Da zur Beurteilung der methodischen Qualität von Scoping Reviews kein spezifisches Instrument identifiziert werden konnte, wurde auch hier die Checkliste des JBI angewendet und mithilfe der *PRISMA Extension for Scoping Reviews Checklist* (PRISMA-ScR)¹¹⁵ entsprechend angepasst (siehe Anlage 17 im Anhang). Die PRISMA-ScR ist eine Checkliste mit insgesamt 22 Kriterien, die vorrangig nicht der Bewertung dient, sondern Leser*innen bei der Berichterstattung über Scoping Reviews unterstützen soll.¹¹⁶ Die Checkliste führt alle essenziellen Merkmale eines Scoping Reviews auf, die für die Bewertung dem jeweils zugehörigen Kriterium aus dem Bewertungsschema des JBI beigefügt wurden. Nach der JBI-Methodologie gehören zu den wesentlichen Inhalten eines Scoping Reviews

- Angaben zum Titel und den Verfasser*innen,
- eine kurze Zusammenfassung des Reviews,
- eine Erläuterung des Ziels und der behandelten Fragestellung
- die Beschreibung der Thematik und Darstellung des bisherigen Forschungsstands, Festlegung von Auswahlkriterien für die Literatur, Beschreibung der Datenquellen und Vorgehensweise bei der Recherche,
- die Darstellung und Beschreibung der Studiencharakteristika und Synthese sowie
- Empfehlungen der Autorinnen und Autoren sowie das Fazit.¹¹⁷

Um einer Verzerrung der Bewertung durch fehlerhafte Übersetzungen von Kriterien vorzubeugen, wurden alle Bewertungskriterien in englischer Sprache übernommen. Die Zuord-

¹¹² Vgl. Burckhardt, M. (2018), S. 60.

¹¹³ Vgl. Joanna Briggs Institute (2020), <https://jbi.global/critical-appraisal-tools> (Stand: 05.04.2022).

¹¹⁴ Vgl. Aromataris, E. u.a. (2015), S. 135.

¹¹⁵ Vgl. PRISMA (2021), <http://www.prisma-statement.org> (Stand: 05.04.2022).

¹¹⁶ Vgl. Tricco, A. C. u.a. (2018), S. 467.

¹¹⁷ Vgl. Elm, E.; Schreiber, G.; Haupt, C. C. (2019), S. 31 f.

nung der Merkmale aus PRISMA-ScR wurde in Orientierung an den Kriterienbeschreibungen nach JBI¹¹⁸ vorgenommen. In manchen Fällen wurde ein Merkmal aus der PRISMA-ScR-Checkliste bereits durch ein Kriterium aus der Checkliste des JBI abgedeckt, sodass hinter dem Kriterium in Klammern auf das Merkmal von PRISMA verwiesen wurde.

Bewertung der Leitlinien

Zur Bewertung der methodischen Qualität von Leitlinien wurde die deutsche Fassung des AGREE-II-Instruments¹¹⁹ genutzt, dessen Grundlagen zuvor im Kapitel 4.1 erläutert wurden. Die Entscheidung zur Anwendung dieses Instruments stützt sich auf das Vorgehen im Systematic Review von *Canada's Drug and Health Technology Agency (CADTH)* aus dem Jahr 2019, das im Rahmen der systematischen Literaturrecherche identifiziert wurde. Dieses trägt den Titel: „Avoidance of physical restraint use among hospitalized older adults: A review of clinical effectiveness and guidelines“. CADTH ist eine autonome Organisation aus Kanada, deren Ziel die Darlegung wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Unterstützung evidenzbasierter Entscheidungsfindungen im Gesundheitswesen ist.¹²⁰ In dem Systematic Review wurde die eingeschlossene Leitlinie anhand der Domänen 1-6 des AGREE-II-Instruments tabellarisch bewertet und das Zutreffen bzw. Nicht-Zutreffen eines Kriteriums mit einem Haken bzw. Kreuz dargestellt. Für ein Kriterium, zu dem in der Leitlinie keine eindeutigen Hinweise gefunden werden konnten, wurde in die Bewertungsspalte „Nicht sicher“ eingetragen.¹²¹ Für die Bewertung von Leitlinien in dieser Arbeit wurde diese Symbolik übernommen.

4.2.4 Datenextraktion und Synthese

Im Folgenden wird die Vorgehensweise bei der Erfassung der Charakteristika der eingeschlossenen Literatur sowie der Extraktion und Zusammenführung der Ergebnisse aus den Übersichtsarbeiten und Leitlinien beschrieben.

Datenerfassung aus den Übersichtsarbeiten und Zusammenführung der Ergebnisse

Um einen Überblick über die eingeschlossene Literatur zu geben, sollen später im Ergebnisteil die wichtigsten Charakteristika der identifizierten Übersichtsarbeiten dargestellt werden. Die Kategorien zur Erfassung dieser Merkmale wurden in Anlehnung an der *PRISMA 2020 Checklist* gewählt. Diese wurde im Rahmen des PRISMA Statements entwickelt und beinhaltet 27 Kriterien zur Berichterstattung über systematische Übersichtsarbeiten.¹²² Aus der Checkliste wurden aus den Sektionen Titel bis Methodik die am wichtigsten erschei-

¹¹⁸ Vgl. Joanna Briggs Institute (2020), <https://jbi.global/critical-appraisal-tools> (Stand: 05.04.2022).

¹¹⁹ Vgl. Brouwers, M. u.a. (2014).

¹²⁰ Vgl. Lachance, C.; Wright, M.-D. (2019), S. 2.

¹²¹ Vgl. ebd., S. 18 f.

¹²² Vgl. Page, M. J. u.a. (2021), S. 1.

nenden Kriterien ausgewählt, aus denen sieben Kategorien abgeleitet wurden (siehe Auflistung). Da in dieser Arbeit sowohl Systematic Reviews als auch Scoping Reviews eingeschlossen werden sollen, wurde die Kategorie „Art des Reviews“ hinzugenommen.

- Autor*in, Publikationsjahr, Land
- Art des Reviews
- Setting
- Zielsetzung
- Methodisches Vorgehen
- Anzahl und Typ der eingeschlossenen Studien
- Thematischer Schwerpunkt

Zudem wurden thematische Schwerpunkte festgelegt, anhand denen die Evidenz und Empfehlungen im Ergebnisteil 5.2.3 zusammengeführt werden. Das Ziel im Rahmen der Evidenzsynthese ist die Identifikation von pflegerischen Strategien zur Vermeidung von Fixierungen im akutstationären Setting. Auf der Basis dieser Zielsetzung wurden inhaltliche Schwerpunkte festgelegt, welche die zu erwartenden Ergebnisse zusammenfassend abbilden. Grundlage für die Festlegung dieser Themenschwerpunkte sind die Strategien zur Vermeidung von Fixierungen aus der Leitlinie *FEM* von Köpke u.a. (2015), die im Kapitel 3.1 erwähnt wurde. Die ausgewählten Schwerpunkte der zu erwartenden Ergebnisse der sollen im Ergebnisteil als Überschriften dienen, unter denen die entsprechende Evidenz und Empfehlungen aus den Übersichtsarbeiten zusammenfassend präsentiert wird. Da vorab nicht garantiert werden kann, dass zu den allen ausgewählten Überschriften wissenschaftliche Erkenntnisse und Empfehlungen in der identifizierten Literatur vorliegt, wurden diese vorläufig festgelegt und im Rahmen der Datenanalyse überarbeitet. Die vorläufigen Themenschwerpunkte für die Synthese der Ergebnisse lauten wie folgt:

- Schulungsmaßnahmen,
- Beschäftigungsangebote für Pflegebedürftige,
- Spezielle Pflegekonzepte,
- Umgebungsgestaltung sowie
- Aromatherapie und Stimulation.¹²³

¹²³ Vgl. Köpke, S. u.a. (2015), S. 3 f.

Datenerfassung aus den Leitlinien und Zusammenführung der Ergebnisse

Die Beschreibung der Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien stützt sich auf den Studienbrief *Evidenzbasierte Pflege* von Prof. Dr. Marion Burckhardt aus dem Jahr 2018. Hier werden u.a. die Zielgruppe, Zielsetzung, Schlüsselfragen und Kriterien zur Auswahl der Evidenz als grundlegende Bestandteile von Leitlinien benannt. Der Begriff „Schlüssel- fragen“ bezieht sich auf Fragestellungen, die den Empfehlungen einer Leitlinie zugrunde liegen bzw. die Thematik der Leitlinie aufzeigen.¹²⁴ Als weiteres wichtiges Element von Leitlinien werden außerdem „Evidenzlevel und Empfehlungsgrade“¹²⁵ benannt, anhand denen die Aussagekraft von Leitlinienempfehlungen beurteilt werden kann.¹²⁶ Auf dieser Grundlage wurden fünf Kategorien zur Darstellung der Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien festgelegt:

- Herausgebende Institution, Publikationsdatum, Land;
- Klassifikation der Leitlinie;
- Zielsetzung, Geltungsbereich und Zielgruppe;
- Schlüsselfragen/ Gegenstand der Leitlinie und das
- Instrument zur Beurteilung der eingeschlossenen Evidenz.¹²⁷

Für die Synthese der Evidenz und Empfehlungen der eingeschlossenen Leitlinien wurden dieselben vorläufigen Themenschwerpunkte gewählt, die zuvor für die Zusammenführung der Ergebnisse aus den Übersichtsarbeiten bestimmt wurden (siehe S. 22 Seitenende).

¹²⁴ Vgl. Burckhardt, M. (2018), S. 55.

¹²⁵ Ebd., S. 55.

¹²⁶ Vgl. ebd., S. 58.

¹²⁷ Vgl. ebd. S. 55 f.

5 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Standardanalyse und Literatursynthese dargestellt.

5.1 Beurteilung des Standards nach AGREE II

Der Standard *Freiheitsentziehende Maßnahmen* der Kliniken X ist eine zweiseitige Handlungsrichtlinie, welche über das klinikinterne Informationsportal von den Mitarbeitenden der Kliniken X abgerufen werden kann (siehe Anlage 1 im Anhang). Er ist tabellarisch aufgebaut und beinhaltet acht Kernelemente: Zielsetzung, rechtliche Aspekte, Handlungsschritte bei fehlender Einwilligung von pflegebedürftigen Menschen, Grundsätze in der Anwendung von Fixierungen, Fixierungsarten, Vorgehensweise bei mechanischer Fixierung sowie Maßnahmen zur Überwachung und Dokumentation.¹²⁸ Des Weiteren sind dem Standard drei Dokumente beigelegt: ein Formular für die ärztliche Anordnung von Fixierungen, ein Antragsschreiben für die Genehmigung beim Betreuungsgericht und ein Bogen zur Überwachung fixierter Personen (siehe Anlagen 2-4 im Anhang). Für die Analyse wurden ausgewählte Items zur Leitlinienbewertung nach AGREE II (siehe Kapitel 4.1) auf den Standard der Kliniken X übertragen und entsprechend beurteilt (siehe Anlage 13 im Anhang).

Geltungsbereich und Zweck

Im Standard der Kliniken X wird im Titel die Thematik benannt, auf welche sich die Handlungsanweisungen beziehen. Diese sind den Kernelementen des Standards zugeordnet (Item 2).¹²⁹ Zudem wird zu Beginn die Zielsetzung des Standards dargestellt, welche den Schutz von Pflegebedürftigen, Schutz des Umfelds und die Aufarbeitung von Unsicherheiten bzgl. haftungsrechtlicher Konsequenzen infolge der Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen umfasst (Item 1).¹³⁰ Bezüglich des Geltungsbereichs wird in der Zielsetzung lediglich von pflegebedürftigen Menschen gesprochen, ohne deren Eigenschaften oder Versorgungssituationen näher zu charakterisieren (Item 3).

Beteiligung von Interessengruppen

In der Recherche konnte kein Dokument gesichtet werden, das auf die beteiligten Professionen im Entwicklungsprozess des Standards hinweist (Item 4). Die Sichtweisen und Bedürfnisse von Fixierungen betroffener Pflegebedürftiger werden im Standard nicht thematisiert. Aufgrund der fehlenden Informationen zum Entwicklungsprozess kann nicht beurteilt werden, inwiefern diese bei der Erstellung des Standards einbezogen wurden (Item 5). Zudem enthält der Standard keine konkrete Beschreibung der adressierten Anwender*innen.

¹²⁸ Vgl. Kliniken X, S. 1 f.

¹²⁹ Vgl. ebd., S. 1 f.

¹³⁰ Vgl. ebd., S. 1.

Da es sich um einen pflegerischen Standard handelt, kann davon ausgegangen werden, dass sich die Handlungsanweisungen vorrangig an Pflegefachpersonen richten. Als weitere Akteure werden im Standard Ärztinnen und Ärzte benannt, die für die Anordnung freiheitsentziehender Maßnahmen verantwortlich sind (Item 6).¹³¹

Genauigkeit

Im Standard ist nicht erkenntlich, auf welchen pflegefachlichen bzw. wissenschaftlichen Erkenntnissen die beschriebenen Handlungsanweisungen beruhen, da kein Literaturverzeichnis vorliegt. Des Weiteren ist unklar, ob im Rahmen der Standardentwicklung systematisch nach Evidenz gesucht wurde (Item 7). Die Darstellung der rechtlichen Grundlagen zu Fixierungen lässt vermuten, dass hierfür entsprechende Gesetzestexte herangezogen wurden. Des Weiteren wird hinsichtlich der Anwendung von Fixierungsmaterialien auf die Gebrauchsanweisung des Unternehmens Segufix® hingewiesen.¹³² Der Standard benennt keine potenziellen Risiken für Pflegebedürftige, die aus der Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen resultieren können (Item 11). Bezüglich der Aktualisierung des Standards ist bekannt, dass 2023 eine Revision erfolgen soll (Item 12), wobei zur genauen Vorgehensweise bei der Überarbeitung keine Informationen vorliegen.

Klarheit der Gestaltung

Die Handlungsanweisungen und Informationen des Standards sind gut verständlich formuliert und können den einzelnen Kernelementen zugeordnet werden (Item 13). Zudem hält der Standard konkrete Hinweise zur fachgemäßen Anwendung von Fixierungen bereit.¹³³ Allerdings werden keine Handlungsalternativen zu mechanischen und medikamentösen Fixierungen beschrieben (Item 14). Bezüglich der Kernaussagen werden Grundsätze in der Nutzung von Fixierungen in einer separaten Tabellenzeile kenntlich gemacht und besonders wichtige Anweisungen bzw. Informationen im gesamten Standard hervorgehoben (Item 15).

Anwendbarkeit

Der Standard enthält keine Hinweise zu potenziellen Förderfaktoren oder Barrieren, die Einfluss auf dessen Umsetzbarkeit nehmen könnten (Item 18). Zur Unterstützung der Umsetzung von Handlungsanweisungen sind dem Standard drei Formulare beigelegt (Item 19):

- das Protokoll zur Überwachung freiheitsentziehender Maßnahmen (siehe Anlage 4 im Anhang) benennt Parameter, die im Rahmen der Überwachung von fixierten Pflegebedürftigen ermittelt und dokumentiert werden sollen¹³⁴

¹³¹ Vgl. Kliniken X (o.J.), S. 1.

¹³² Vgl. ebd., S. 1.

¹³³ Vgl. ebd., S. 2.

¹³⁴ Vgl. ebd., S. 2.

- der Antrag zur Genehmigung fixierender Maßnahmen (siehe Anlage 3 im Anhang) stellt sicher, dass alle erforderlichen Angaben zu pflegebedürftigen Menschen, deren Versorgungssituation sowie Art und Umfang der Fixierung an das Betreuungsgericht vermittelt werden¹³⁵
- das Formular für die ärztliche Anordnung fixierender Maßnahmen (siehe Anlage 2 im Anhang) dient der schriftlichen Anweisung von Fixierungen¹³⁶

Bezüglich der Evaluation der dargestellten Handlungsanweisungen und deren Ergebnisse werden im Standard *Freiheitsentziehende Maßnahmen* keine Kriterien benannt (Item 21).

Redaktionelle Unabhängigkeit

Da keine Informationen zum Entwicklungsprozess des Standards vorliegen, kann nicht beurteilt werden, inwiefern Interessenskonflikte zwischen beteiligten Berufsgruppen bei der Erstellung des Standards berücksichtigt wurden (Item 23).

5.2 Pflegerische Strategien zur Vermeidung von Fixierungen

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Literaturrecherche dargestellt, indem die Evidenz und Empfehlungen aus den systematischen Übersichtsarbeiten und Leitlinien anhand ausgewählter Kategorien synthetisiert werden.

5.2.1 Ergebnisse der Literatúrauswahl

Im Kapitel 4.2.2 wurde die Vorgehensweise bei der Auswahl relevanter Literatur in Anlehnung an PRISMA beschrieben. Die Ergebnisse dieses Auswahlverfahrens wurden anhand des PRISMA Flow Charts dokumentiert (siehe Anlage 14 im Anhang). Im Rahmen der Literaturrecherche in sechs Datenbanken konnten insgesamt 565 Übersichtsarbeiten und Leitlinien identifiziert werden, wovon nach der Entfernung der Duplikate in *Zotero* 510 Publikationen verblieben. Infolge der Sichtung von Titel und Abstract konnten davon 489 Publikationen aufgrund fehlender inhaltlicher Relevanz ausgeschlossen werden. Von den übrigen 21 Publikationen wurden nach der Untersuchung der Volltexte insgesamt 13 Publikationen ausgeschlossen, da diese nicht den Auswahlkriterien entsprachen. Drei der 13 Publikationen wiesen ein anderes Setting auf und zwei Publikationen wurden vor dem Jahr 2012 veröffentlicht. Des Weiteren wurde bei acht Publikationen festgestellt, dass deren überge-

¹³⁵ Vgl. Kliniken X (o.J.), S. 1.

¹³⁶ Vgl. ebd., S. 1.

ordnete Zielsetzungen nicht der Forschungsfrage bzw. der Zielsetzung dieser Arbeit entsprachen. Die Literaturrecherche ergab vier systematische Übersichtsarbeiten und vier Leitlinien, die zur Beantwortung der Forschungsfrage untersucht werden sollen.

5.2.2 Charakteristik und Qualität der eingeschlossenen Literatur

In diesem Kapitel werden die Leitlinien und systematischen Übersichtsarbeiten vorgestellt, die zur Beantwortung der Forschungsfrage in diese Arbeit eingeschlossen wurden. Zunächst erfolgt die Beschreibung der Merkmale (siehe Anlage 15 im Anhang) und Qualität (siehe Anlagen 16-19) der eingeschlossenen systematischen Übersichtsarbeiten, der sich die Beschreibung der Charakteristika der Leitlinien (siehe Anlage 20) und Qualität der Leitlinien (siehe Anlagen 21-23) anschließt.

Beschreibung der eingeschlossenen systematischen Übersichtsarbeiten

Im Rahmen der Literaturrecherche wurden drei Scoping Reviews und ein Systematic Review identifiziert. Das Systematic Review mit dem Titel „Avoidance of Physical Restraint Use among Hospitalized Older Adults [...]“ wurde von Chantelle Lachance und Mary-Doug Wright der kanadischen Organisation CADTH verfasst und im Jahr 2019 veröffentlicht. Ziel des Reviews ist es, die wissenschaftliche Erkenntnislage hinsichtlich der Effektivität von fixierenden Maßnahmen und Interventionen zur Vermeidung von Fixierungen im Krankenhaus abzubilden.¹³⁷ Hierfür wurde eine systematische Literaturrecherche in Datenbanken und im Internet durchgeführt. Bei der Auswahl der Literatur in Orientierung an PRISMA wurden zwei klinische Single-Center-Studien, ein Systematic Review und eine literaturgestützte Leitlinie identifiziert, deren methodische Qualität von den Autorinnen und Autoren bewertet wurde.¹³⁸ Da das eingeschlossene Systematic Review die Effektivität von Fixierungen untersucht, wurde dieses im Hinblick auf das Ziel dieser Arbeit nicht weiter beachtet. Thematisch relevant ist die von Lachance und Wright (2019) identifizierte Leitlinie, die im Anschluss unter der Überschrift „Beschreibung der eingeschlossenen Leitlinien“ vorgestellt und deren Empfehlungen im Kapitel 5.2.4 zusammengefasst werden.

Neben dem Systematic Review wurde ein Scoping Review von Ziad Alostaz et al. (2022) identifiziert. Das Scoping Review trägt den Titel „Implementation of nonpharmacologic physical restraint minimization interventions [...]“ und hat die Ermittlung von Maßnahmen zur Reduzierung von Fixierungen auf Intensivstationen und Untersuchung von Implementierungsansätzen zum Ziel.¹³⁹ Um dieses Ziel zu erlangen, wurde eine systematische Literaturrecherche in Datenbanken und Registern durchgeführt und Referenzlisten sowie Vorschläge zu ähnlichen Publikationen gesichtet. Bei der Auswahl relevanter Literatur nach

¹³⁷ Vgl. Lachance, C.; Wright, M.-D. (2019), S. 3.

¹³⁸ Vgl. ebd., S. 5.

¹³⁹ Vgl. Alostaz, Z. u.a. (2022), S. 3.

PRISMA wurden englischsprachige Publikationen zu qualitativen und quantitativen Studien eingeschlossen, die schwerpunktmäßig die Reduzierung von mechanischen Fixierungen in Intensivstationen für erwachsene Menschen untersuchen.¹⁴⁰ Alostaz et al. (2022) identifizierten insgesamt sieben quantitative Studien aus den Jahren 1997 bis 2018, darunter eine quasi-experimentelle Studie und sechs Kohortenstudien.¹⁴¹

Das Scoping Review „Interventions to reduce physical restraints in general hospital settings [...]“ von Dr. Jens Abraham et al. wurde im Jahr 2020 veröffentlicht. Ziel des Reviews ist die Identifikation und Beschreibung von Interventionen zur Reduktion von Fixierungen im Akutkrankenhaus.¹⁴² Hierfür wurde systematisch in Datenbanken nach deutsch- und englischsprachigen randomisiert-kontrollierten Studien, klinischen Kontrollstudien, Prä-Post-Studien und Projekten zur Qualitätsverbesserung gesucht. Weitere Schritte der Forscher*innen bestanden aus einer Freitextsuche in Google Scholar, einer Zitationssuche und der Sichtung der Referenzlisten thematisch relevanter Leitlinien.¹⁴³ In Orientierung an PRISMA wurden 16 relevante Interventionsstudien identifiziert. Die Literatursauswahl erbrachte zudem 15 Publikationen zu Qualitätsprojekten, in denen Interventionen zur Vermeidung von Fixierungen eingesetzt und beschrieben wurden.¹⁴⁴

Das dritte Scoping Review, das den Titel „Nursing education to reduce physical restraints use in ICU [...]“ trägt, wurde von Ruobing Lei et al. verfasst und 2020 veröffentlicht. Ziel der Übersichtsarbeit ist die Beschreibung von Edukationsmaßnahmen zur Reduzierung von körperlichen Fixierungen auf Intensivstationen.¹⁴⁵ Zur Identifikation dieser Maßnahmen wurde eine Datenbankrecherche und die Sichtung von Referenzlisten vorgenommen. Anhand PRISMA wurden englische und chinesische Studien eingeschlossen, welche Edukationsmaßnahmen zur Vermeidung bzw. reflektierten Anwendung von Fixierungen auf Intensivstationen untersuchen.¹⁴⁶ Diesen Kriterien entsprechend konnten Lei et al. zehn Prä-Post-Studien ohne Kontrollgruppen und zwei kontrollierte Prä-Post-Studien identifizieren.¹⁴⁷

Beschreibung der eingeschlossenen Leitlinien

Die S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ wurde von der *Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.* (DGPPN) herausgegeben. Die aktuelle Fassung stammt aus dem Jahr 2018 und ist im Leitlinienportal der AWMF zu finden.¹⁴⁸

¹⁴⁰ Vgl. Alostaz, Z. u.a. (2022), S. 2 f.

¹⁴¹ Vgl. ebd., S. 3.

¹⁴² Vgl. Abraham, J. u.a. (2020), S. 3184.

¹⁴³ Vgl. ebd., S. 3184.

¹⁴⁴ Vgl. ebd., S. 3185 f.

¹⁴⁵ Vgl. Lei, R. u.a. (2020), S. 2.

¹⁴⁶ Vgl. ebd., S. 2.

¹⁴⁷ Vgl. ebd., S. 3 f.

¹⁴⁸ Vgl. DGPPN (2018), S. 1.

Diese klassifiziert Leitlinien anhand ihrer Systematik in die Stufen S1, S2k, S2e und S3.¹⁴⁹ Die Stufe S3 bezeichnet eine „Systematisch erstellte Leitlinie unter Berücksichtigung von Evidenzbasierter Medizin, Logischer Analyse, Formaler Konsensfindung, Entscheidungsanalyse und Outcome-Analyse.“¹⁵⁰ Die Leitlinie des DGPPN adressiert Menschen mit aggressivem Verhalten und Angehörige, versorgende Berufsgruppen, Politiker*innen und die mediale Öffentlichkeit.¹⁵¹ Ziel der Leitlinie ist es, den Leserinnen und Lesern evidenzbasierte Empfehlungen zur Diagnostik und Behandlung von Pflegebedürftigen mit aggressivem Verhalten zu vermitteln. In der Praxis sollen die Empfehlungen zur Reduktion bzw. Vermeidung von Zwangsunterbringungen und -maßnahmen beitragen.¹⁵² Hierfür wurde u.a. von Pflegewissenschaftler*innen und Psychiater*innen eine Übersicht über aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse zur Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und aggressivem Verhalten erstellt und Empfehlungen formuliert.¹⁵³ Zur Bewertung der Empfehlungen und der zugrunde liegenden Literatur werden in der Leitlinie Evidenz- und Empfehlungsgrade genutzt (siehe Anlage 24 im Anhang).

Des Weiteren wurde die kanadische Leitlinie „Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints“ eingeschlossen, die 2012 von der Organisation *Registered Nurses' Association of Ontario* (RNAO) veröffentlicht wurde. Ziel der Leitlinie ist die Unterstützung von Pflegefachpersonen bei der Anwendung evidenzbasierter Strategien zur Vermeidung von Fixierungen in Pflegeeinrichtungen, um eine fixierungsfreie Versorgung zu etablieren.¹⁵⁴ Diesbezüglich werden in der Leitlinie folgende Kernelemente behandelt: Einschätzung von Pflegebedürftigen, präventive und alternative Maßnahmen, Strategien zur Deeskalation und Krisenbewältigung sowie Sicherstellung der Sicherheit von Pflegebedürftigen bei der Anwendung von Fixierungen.¹⁵⁵ Die Leitlinienempfehlungen wurden durch Pflegefachpersonen sowie Vertreter*innen weiterer Berufsgruppen aus der Praxis, Forschung und Lehre¹⁵⁶ auf der Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse und der Abstimmung im Team durch die Expertinnen und Experten entwickelt.¹⁵⁷ Die eingeschlossene Evidenz wurde anhand der Evidenzgrade des *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN) bewertet (siehe Anlage 25 im Anhang).¹⁵⁸

Eine weitere Publikation der RNAO ist die Leitlinie „Delirium, Dementia, and Depression in Older Adults: Assessment and Care“, deren zweite Fassung 2016 veröffentlicht wurde. Ziel

¹⁴⁹ Vgl. AWMF (2020), S. 12.

¹⁵⁰ Vgl. ebd., S. 25.

¹⁵¹ Vgl. ebd., S. 23.

¹⁵² Vgl. ebd., S. 22.

¹⁵³ Vgl. DGPPN (2018), S. 5.

¹⁵⁴ Vgl. RNAO (2012), S. 17.

¹⁵⁵ Vgl. Vgl. RNAO (2012), S. 18.

¹⁵⁶ Vgl. ebd., S. 21.

¹⁵⁷ Vgl. ebd., S. 121.

¹⁵⁸ Vgl. ebd., S. 8.

der Leitlinie ist die Steigerung der Versorgungsqualität in der Pflege und Betreuung älterer Menschen mit Delir, Demenzerkrankung oder Depressionen.¹⁵⁹ Die Entwicklung der Leitlinie erfolgte durch multiprofessionelle Vertreter*innen aus der Praxis, Forschung und Lehre.¹⁶⁰ Auf der Basis der eingeschlossenen Evidenz und/oder Konsensfindung unter den Expertinnen und Experten wurden Empfehlungen formuliert¹⁶¹ und in drei Kategorien differenziert: praktische Empfehlungen für Pflegefachpersonen und multiprofessionelle Teams in verschiedenen Pflegeeinrichtungen, Empfehlungen zur Edukation von Mitarbeitenden und Empfehlungen für Entscheidungsträger*innen. Die Grade zur Bewertung der eingeschlossenen Evidenz wurden in Orientierung an NICE und Pati (2011) festgelegt (siehe Anlage 26 im Anhang).¹⁶²

“Changing the Practice of Physical Restraint Use in Acute Care” ist eine US-amerikanische Praxisleitlinie, die 2016 von der “University of Iowa” publiziert wurde. Die Empfehlungen aus der Leitlinie sollen Pflegefachpersonen und andere Mitarbeiter*innen in Pflegeeinrichtungen bei der Reduzierung von fixierenden Maßnahmen unterstützen¹⁶³, um gemeinsam eine fixierungsfreie Versorgung zu erreichen.¹⁶⁴ In den Leitlinienempfehlungen werden drei zentrale Elemente thematisiert: Einschätzung von Risiken für pflegebedürftige Menschen, individuelle Maßnahmenplanung bzgl. Alternativen und Unterstützung bei der Entwicklung von Einrichtungen hin zu einer fixierungsfreien Versorgung.¹⁶⁵ In Anlage 27 im Anhang sind die in der Leitlinie verwendeten Evidenzgrade ersichtlich.

5.2.3 Evidenz und Empfehlungen aus den Übersichtsarbeiten

Im Folgenden werden die Erkenntnisse aus den eingeschlossenen Übersichtsarbeiten dargestellt (siehe Anlage 28 im Anhang).

Edukationsmaßnahmen

Abraham et al. (2020) stellen anhand der eingeschlossenen Studien und Qualitätsprojekte fest, dass beinahe alle der beschriebenen Interventionen zur Vermeidung von Fixierungen aus mehreren Elementen bestehen. Der überwiegende Teil dieser mehrdimensionalen Interventionen enthält eine Maßnahme zur Edukation von Pflegefachpersonen oder anderen Berufsgruppen im Krankenhaus. Zudem werden in vier von insgesamt fünf Einzelinterventionen edukative Maßnahmen beschrieben.¹⁶⁶ Hinsichtlich der Inhalte, zu denen in den Studien und Projekten geschult bzw. informiert wurde, konnten Abraham et al. (2020) eine

¹⁵⁹ Vgl. RNAO (2016), S. 6.

¹⁶⁰ Vgl. RNAO (2016), S. 21.

¹⁶¹ Vgl. ebd., S. 121.

¹⁶² Vgl. ebd., S. 9.

¹⁶³ Vgl. Lach, H.; Leach, K. (2014), S. 3.

¹⁶⁴ Vgl. ebd., S. 5.

¹⁶⁵ Vgl. ebd., S. 3.

¹⁶⁶ Vgl. Abraham, J. u.a. (2020), S. 3190.

Vielzahl an Themen identifizieren. In 21 Studien und Projekten wurden über Alternativen zu Fixierungen informiert und in fünf Publikationen über die Prävention von Stürzen. In zehn Studien und Projekten wurde Grundlagenwissen zu Fixierungen und in weiteren zwölf Publikationen die sichere Verwendung von Fixierungsmaterialien vermittelt. In sechs Studien und Projekten wurden zu ethischen und rechtlichen Grundlagen von Fixierungen informiert und in fünf Publikationen Diskussionsrunden zu Fallbeschreibungen geführt. Des Weiteren identifizierten Abraham et al. (2020) neun Studien und Projekte, in denen zum Umgang mit verhaltensauffälligen Pflegebedürftigen und Deeskalationsstrategien geschult wurde. In drei Studien und Projekten wurde Wissen zu Instrumenten vermittelt, die professionell Pflegende im Entscheidungsprozess zur Abwägung der Notwendigkeit von Fixierungen unterstützen können.¹⁶⁷ In einer Studie wurden Schulungsmaßnahmen an Pflegefachpersonen und die Ärzteschaft adressiert und fünf Studien ausschließlich an professionell Pflegende. Zur Wissensvermittlung wurden Online-Plattformen, Plakate sowie E-Mails und Newsletter genutzt. In zwei Studien wurde Pflegefachpersonen die korrekte Anwendung von Fixierungen bzw. alternativer Maßnahmen in der Praxis vorgeführt.¹⁶⁸

Lei et al. (2020) identifizieren insgesamt zwölf Publikationen zur Edukation von Pflegefachpersonen im Kontext der Vermeidung von Fixierungen. In neun der zwölf Studien fanden Edukationsmaßnahmen in Schulungsräumen statt und in drei Studien wurden Online-Plattformen genutzt und Praxisanleitungen durchgeführt.¹⁶⁹ Hinsichtlich der Inhalte von Schulungen ermitteln Lei et al. (2020) 14 zentrale Themen, die im Wesentlichen mit den Erkenntnissen von Abraham et al. (2020) und Alostaz et al. (2022) übereinstimmen. Diese sind: Konkretisierung des Begriffs „Fixierung“, Ziele und Arten der Anwendung von Fixierungen, ethische und rechtliche Grundlagen, Verantwortungsbereiche von Mitarbeiter*innen, multidisziplinäre Zusammenarbeit, potenzielle Komplikationen und Notfallsituationen, alternative Maßnahmen, Grundsätze für die Anwendung von Fixierungen und die Erstellung individueller Pflegeplanungen.¹⁷⁰ In der Mehrzahl der Studien wurden diese Themen theoretisch vermittelt, wohingegen in drei Studien zusätzlich Praxisanleitungen und Supervisionen im Team durchgeführt wurden. Des Weiteren wurden in drei Studien die Anwendung von fixierenden und alternativen Maßnahmen demonstriert. Pflegefachpersonen wurden beim Lernen unterstützt, indem in vier Studien Broschüren und Plakate erstellt und Module zur Überprüfung des persönlichen Wissenstandes eingerichtet wurden.¹⁷¹ Um professionell Pflegenden auch während der Schichtarbeit eine regelmäßige Teilnahme an Schulungen zu gewährleisten, wird in drei Studien über Kurzschulungen während der Dienstzeit und Präsentati-

¹⁶⁷ Vgl. Abraham, J. u.a. (2020), S. 3194.

¹⁶⁸ Vgl. Alostaz, Z. u.a. (2022), S. 5.

¹⁶⁹ Vgl. Lei, R. u.a. (2020), S. 4.

¹⁷⁰ Vgl. ebd., S. 4.

¹⁷¹ Vgl. ebd., S. 4.

onen oder Videos mit Schulungsmaterial berichtet. Zur Wissensvermittlung wurden verschiedene didaktische Herangehensweisen gewählt: Einbezug von Präsentationen und Videos, Diskussionsrunden, theoretische und praktische Lerneinheiten, Nachstellung von Szenarien, Seminare und offene Fragerunden.¹⁷² Eine Studie gab zudem Hinweise zu den Grundvoraussetzungen für die Leitung einer Schulung. In dieser Studie wurden zertifizierte Kursleiter*innen oder Pflegefachpersonen mit einem abgeschlossenen Masterstudium, einer mindestens dreijährigen Berufserfahrung und einem einjährigen Studium zu freiheitsentziehenden Maßnahmen ausgewählt.¹⁷³

Zusammenarbeit unter Pflegefachpersonen und im interdisziplinären Team

Abraham et al. (2020) identifizieren zwölf Studien und Qualitätsprojekte, in denen pflegerische oder interdisziplinäre Gremien eingesetzt wurden, um die Umsetzung von Maßnahmen zur Reduktion von Fixierungen zu fördern.¹⁷⁴ Die Forscher*innen ermitteln außerdem acht mehrdimensionale Interventionen, bei denen pflegerische und interprofessionelle Visiten sowie Audits durchgeführt wurden. Zudem fanden in sechs Studien und Projekten Fallbesprechungen statt.¹⁷⁵ In drei Studien und Projekten wurden Arbeitsgruppen gebildet, deren Teilnehmer*innen spezielle Kenntnisse zur Reduzierung von Fixierungen aufwiesen.¹⁷⁶ Im folgenden Abschnitt werden einige Beispiele für die Umsetzung der genannten Elemente aufgezeigt.

Enns et al. (2014) etablierten in ihrer Interventionsstudie regelmäßige Stationsrundgänge, in denen die Risiken von pflegebedürftigen Menschen, die zu einer Fixierung führen könnten, durch einen Qualitätszirkel in Zusammenarbeit mit dem Stationsteam eingeschätzt wurden. Darauf aufbauend wurden Pflegeplanungen mit geeigneten entgegenwirkenden Maßnahmen entworfen.¹⁷⁷ In der klinischen Kontrollstudie von Lai et al. (2011) wurden multiprofessionelle Fallbesprechungen genutzt, um eine Verhaltensänderung der Pflegefachpersonen in Bezug auf die Anwendung von Fixierungen zu erzielen.¹⁷⁸ Im Qualitätsprojekt von Cospes et al. (2015) wurden Visiten von fixierten Pflegebedürftigen im multiprofessionellen Team organisiert, in denen die Effektivität der angeordneten Medikation, der Allgemeinzustand der Personen und der Nutzen von alternativen Maßnahmen eingeschätzt wurde.¹⁷⁹

¹⁷² Vgl. Lei, R. u.a. (2020), S. 4.

¹⁷³ Vgl. ebd., S. 4.

¹⁷⁴ Vgl. Abraham, J. u.a. (2020), S. 3190.

¹⁷⁵ Vgl. ebd., S. 3194.

¹⁷⁶ Vgl. ebd., S. 3194.

¹⁷⁷ Vgl. ebd., S. 3187.

¹⁷⁸ Vgl. ebd., S. 3189.

¹⁷⁹ Vgl. ebd., S. 3191.

Information und Beratung

Abraham et al. (2020) ermitteln vier Studien und Projekte, in denen Informationsangebote u.a. für Angehörige von fixierten Pflegebedürftigen oder behandelnde Ärztinnen und Ärzte implementiert wurden.¹⁸⁰ Im Qualitätsprojekt von Köbke et al. (2017) wurden Informationsbroschüren ausgegeben.¹⁸¹ Alternativ wurden im Projekt von Mitchell et al. (2018) zudem Poster zur Informationsweitergabe erstellt.¹⁸² In der kontrollierten klinischen Studie von Lai et al. (2013) wurden neben der Bereitstellung von Informationsmaterialien auch Informationsveranstaltungen für Angehörige angeboten.¹⁸³ Bezüglich der Durchführung von Beratungen identifizierten Abraham et al. (2020) sieben Studien und Projekte, in denen Beratungsgespräche zwischen Pflegenden bzw. ärztlichem Fachpersonal und Angehörigen beschrieben wurden.¹⁸⁴ In den Interventionsstudien von Amato et al. (2006) und Lai et al. (2011) wurden diese Beratungen durch spezialisierte Pflegefachpersonen durchgeführt.¹⁸⁵

Einschätzung von pflegebedürftigen Menschen und Hilfsmitteln

Abraham et al. (2020) fanden drei Studien und Projekte, in denen Instrumente zur Einschätzung der Situation von pflegebedürftigen Menschen genutzt wurden.¹⁸⁶ Ein Instrument zur Einschätzung der Ursachen für bestimmte Verhaltensweisen von Pflegebedürftigen kam im Qualitätsprojekt von Johnson und Beneda (1999) zum Einsatz.¹⁸⁷ In drei weiteren Studien und Projekten wurden Instrumente eingesetzt, die zur Unterstützung im Entscheidungsprozess bzgl. der Anwendung von Fixierungen oder dem Verzicht genutzt werden können.¹⁸⁸ Beispielsweise wurde in der Prä-Post-Studie von Hevener et al. (2016) der Einsatz eines Algorithmus zur Vermeidung von Fixierungen untersucht.¹⁸⁹ Auch Jensen et al. (1998) setzten in ihrem Qualitätsprojekt bzgl. der Anbringung von Bettgittern ein baumförmiges Entscheidungsmodell ein.¹⁹⁰

Anwendung von Alternativen

In acht mehrdimensionalen Interventionen fanden Abraham et al. (2020) Elemente bzgl. alternativer Maßnahmen zu Fixierungen.¹⁹¹ In dem Qualitätsprojekt von Cospers et al. (2015) werden alternative Maßnahmen beschrieben, um die Entfernung von Zu- und Ableitungen durch Pflegebedürftige zu vermeiden.¹⁹² Lai et al. (2013) legen in ihrer klinischen Kontroll-

¹⁸⁰ Vgl. Abraham, J. u.a. (2020), S. 3194.

¹⁸¹ Vgl. ebd. S. 3192.

¹⁸² Vgl. ebd., S. 3193.

¹⁸³ Vgl. ebd., S. 3188.

¹⁸⁴ Vgl. ebd., S. 3194.

¹⁸⁵ Vgl. ebd., S. 3187.

¹⁸⁶ Vgl. ebd., S. 3194.

¹⁸⁷ Vgl. ebd., S. 3191.

¹⁸⁸ Vgl. ebd., S. 3194.

¹⁸⁹ Vgl. ebd., S. 3188.

¹⁹⁰ Vgl. ebd., S. 3191.

¹⁹¹ Vgl. ebd., S. 3194.

¹⁹² Vgl. ebd., S. 3191.

studie dar, welche Alternativen zur Vermeidung von Stürzen angewendet werden können.¹⁹³ Des Weiteren werden im Qualitätsprojekt von Markwell (2005) Hilfsmittel beschrieben, die Pflegefachpersonen beim Ausstieg von Pflegebedürftigen aus ihren Betten alarmieren können.¹⁹⁴ Im Projekt von Mitchell et al. (2018) wurden Handschuhe als alternative Maßnahme zu Fixierungen eingesetzt.¹⁹⁵ Abraham et al. (2020) identifizieren außerdem drei Studien und Projekte, in denen Programme zur Aktivierung und Orientierung von Pflegebedürftigen beschrieben wurden.¹⁹⁶

Outcome der Studien und abschließende Empfehlungen

Obwohl in der Mehrzahl der Studien und Projekte keine genauen Angaben zur Effektivität von Interventionen zur Vermeidung von Fixierungen vorliegen, können Abraham et al. (2020) einige Veränderungen zusammentragen.¹⁹⁷ In 27 Studien und Qualitätsprojekten mit edukativen Einzelinterventionen oder edukativen Elementen in mehrdimensionalen Interventionen wurde ein Rückgang von freiheitsentziehenden Maßnahmen festgestellt.¹⁹⁸ In zwei Studien zu mehrdimensionalen edukativen Interventionen und einer Studie zur Nutzung von alternativen Maßnahmen in Form von Drucksensoren konnte keine Veränderung bzgl. der Häufigkeit von Fixierungen festgestellt werden. In einer Studie zu einer edukativen Einzelintervention für verschiedene Berufsgruppen wurde eine gesteigerte Anwendung fixierender Maßnahmen festgestellt.¹⁹⁹ Das Auftreten von unerwünschten Ereignissen, wie z.B. Stürzen, wurde in 14 Studien und Qualitätsprojekten untersucht, in denen keine derartigen Ereignisse registriert wurden. Zwei Studien beschrieben einen Rückgang von Sturzeignissen und in einer Studie nahm die Anzahl an Sturzverletzungen ab. Von zwei Studien, welche die Häufigkeit der Verordnung von Psychopharmaka vor und nach der Implementierung der Interventionen untersuchten, war diese in einer Studie gleichbleibend. In der zweiten Studie wurden Psychopharmaka nach der Intervention weniger häufig verordnet. Die Häufigkeiten von Behandlungsunterbrechungen waren in zwei Studien gleichbleibend.

Im Hinblick auf das methodische Vorgehen in den eingeschlossenen Studien und Projekten kommen Abraham et al. (2020) zu dem Schluss, dass der überwiegende Teil der Publikationen, z.B. aufgrund von fehlenden Kontrollgruppen, ein erhöhtes Verzerrungspotenzial aufweist. Aus diesem Grund sollten die Ergebnisse der Studien und Projekte kritisch betrachtet werden.²⁰⁰ Die Umsetzung von Edukationsmaßnahmen und weiteren Interventionen könnte

¹⁹³ Vgl. Abraham, J. u.a. (2020), S. 3188.

¹⁹⁴ Vgl. ebd., S. 3192.

¹⁹⁵ Vgl. ebd., S. 3193.

¹⁹⁶ Vgl. ebd., S. 3194.

¹⁹⁷ Vgl. ebd., S. 3195.

¹⁹⁸ Vgl. ebd., S. 3195.

¹⁹⁹ Vgl. ebd., S. 3195.

²⁰⁰ Vgl. ebd., S. 3197.

nach der Ansicht der Forscher*innen eine Möglichkeit darstellen, um Fixierungen zu vermeiden.²⁰¹ Bezüglich der Effektivität der Interventionen liegen bisher noch unzureichende Informationen vor. Daher empfehlen die Forscher*innen für die Umsetzung der Maßnahmen in der Praxis, finanzielle Aspekte in Gegenüberstellung zum tatsächlichen Nutzen der Interventionen zu bedenken.²⁰²

Alostaz et al. (2022) merken an, dass in den eingeschlossenen Studien keine Ergebnisse bzgl. der längerfristigen Anwendung der Interventionen erhoben wurden. Die Resultate aus vier Studien zeigen, dass trotz der Reduzierung von Fixierungen keine vermehrten Entfernungen von Zu- und Ableitungen durch pflegebedürftige Menschen beobachtet werden konnte. Des Weiteren konnte in einer Studie keine gesteigerte Gabe von Medikamenten zur Ruhigstellung von Pflegebedürftigen festgestellt werden. Alostaz et al. (2022) konnten in keiner der sieben identifizierten Studien einen konzeptionellen Rahmen zur Implementierung von Interventionen zur Vermeidung von Fixierungen feststellen.²⁰³ Dies betrachten die Forscher*innen kritisch, da ein Praxiswandel bzgl. der Anwendung von Fixierungen vermutlich nur dann längerfristig erreicht werden kann, wenn potenzielle Hindernisse für die Implementierung festgestellt und beseitigt wurden.²⁰⁴ Alostaz et al. (2022) sind der Ansicht, dass empirische Studien als wissenschaftliche Grundlage für Interventionen zur Reduzierung von Fixierungen dienen können. Diese sollten Evidenz zur Wirtschaftlichkeit von Maßnahmen sowie zu kurz- und längerfristigen Auswirkungen auf die Gesundheit von Pflegebedürftigen liefern. Die Forscher*innen merken zudem an, dass aus den eingeschlossenen Studien nicht sicher hervorgeht, inwiefern Interessen der Mitarbeiter*innen und Pflegebedürftigen bei der Umsetzung der Interventionen in gleichem Maß berücksichtigt wurden.²⁰⁵ Im Entscheidungsprozess bzgl. der Notwendigkeit von fixierenden Maßnahmen halten die Forscher*innen Entscheidungshilfen für nützliche Instrumente, die Pflegefachpersonen bei der Einschätzung von Pflegebedürftigen und bedarfsgerechten Anwendung von Fixierungen unterstützen können. Bezüglich der Anwendung von Alternativen könnten Fäustlinge als wissenschaftlich fundierte Alternative zu Fixierungen dienen.²⁰⁶ In keiner der sieben Studien wurde die Zusammenarbeit mit ehemaligen Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen im Entwicklungsprozess von Interventionen zur Vermeidung von Fixierungen beschrieben. Alostaz et al. (2022) erachten die Einbindung von Pflegebedürftigen und deren Erfahrungen bzgl. fixierender Maßnahmen als wichtigen Schritt, um bspw. bei Mitarbeitenden eine Veränderung im Denken und Handeln anzuregen.²⁰⁷ Neben der fehlenden Zusammenarbeit mit Pflegebedürftigen und Angehörigen stellen Alostaz et al. (2022) fest, dass in

²⁰¹ Vgl. Abraham, J. u.a. (2020), S. 3197.

²⁰² Vgl. ebd., S. 3197.

²⁰³ Vgl. ebd., S. 8.

²⁰⁴ Vgl. ebd., S. 8.

²⁰⁵ Vgl. Alostaz, Z. u.a. (2022), S. 8.

²⁰⁶ Vgl. ebd., S. 8.

²⁰⁷ Vgl. ebd., S. 9.

keiner der eingeschlossenen Studien Interessenvertreter*innen aller betroffenen Professionen im Implementierungsprozess einbezogen wurden. Dies könnte den Eindruck erwecken, dass eine Auseinandersetzung bzgl. des Umgangs mit freiheitsentziehenden Maßnahmen allein in der Verantwortung von Pflegefachpersonen liege.²⁰⁸ Die Forscher*innen merken außerdem an, dass lediglich eine Studie Ergebnisse zu den Auswirkungen von Interventionen dargelegt. Aufgrund der unzureichenden Evidenz bzgl. der Qualität und Sicherheit der Maßnahmen befürchten die Forscher*innen, dass sich die Pflegenden bei deren Anwendung unsicher fühlen könnten und daher eher zu herkömmlichen Maßnahmen tendieren.²⁰⁹ Abschließend stellen Alostaz et al. (2022) fest, dass in keiner der eingeschlossenen Studien Interessensvertreter*innen aus den beteiligten Berufsgruppen zu deren Sichtweisen bzgl. Stärken und Schwächen der Implementierungsstrategie befragt wurden.²¹⁰

Im Scoping Review von Lei et al. (2020) wurden neun Studien identifiziert, in denen Instrumente eingesetzt wurden, mit denen Pflegefachpersonen ihren Wissensstand infolge edukativer Maßnahmen selbst einschätzen sollten.²¹¹ Die Ergebnisse der Selbsteinschätzungen aus acht Studien zeigen, dass Pflegefachpersonen ihren Kenntnisstand bzgl. der Anwendung und Vermeidung von Fixierungen nach den Interventionen deutlich besser beurteilten. Daraus schließen Lei et al. (2020), dass durch den Einsatz edukativer Maßnahmen theoretische und praktische Kenntnisse der Pflegefachpersonen sowie deren Haltung gegenüber Fixierungen verbessert wurden.²¹² In vier Studien konnten infolge edukativer Maßnahmen eine geringere Anzahl an Fixierungen und eine verkürzte Anwendungsdauer festgestellt werden. In drei Studien wurden infolge edukativer Maßnahmen eine geringere Häufigkeit oder keine Veränderung der Häufigkeit von Komplikationen festgestellt, die aus der Applikation von Fixierungen resultieren können.²¹³

Lei et al. (2020) sind der Ansicht, dass es der Entscheidungs- und Beurteilungsfähigkeit sowie Problemlösungskompetenz von Pflegefachpersonen bedarf, um Fixierungen in der Versorgung von Pflegebedürftigen zu reduzieren.²¹⁴ Für viele professionell Pflegende stellt ihre Arbeit ein Hindernis für die Teilnahme an Schulungen dar. Um dieses Problem zu beheben, raten die Forscher*innen zur Bereitstellung von Online-Kursen in Kombination mit Schulungen innerhalb der Klinik.²¹⁵ Des Weiteren empfehlen Lei et al. (2020), dass Nachstellungen von Szenarien, Prüfungen, Gesprächsangebote mit Expertinnen und Experten

²⁰⁸ Vgl. Alostaz, Z. u.a. (2022), S. 9.

²⁰⁹ Vgl. ebd., S. 9.

²¹⁰ Vgl. ebd., S. 9.

²¹¹ Vgl. Lei, R. u.a. (2020), S. 4.

²¹² Vgl. ebd., S. 4.

²¹³ Vgl. ebd., S. 4.

²¹⁴ Vgl. ebd., S. 11.

²¹⁵ Vgl. ebd., S. 11.

und Möglichkeiten für den Austausch zwischen Pflegefachpersonen geschaffen werden sollten.²¹⁶ In den identifizierten Studien wurde über eine Vielzahl an Themen und Methoden in Schulungen berichtet. Allerdings wurde nicht erhoben, inwiefern die edukativen Maßnahmen den Bedürfnissen aller Teilnehmer*innen entsprachen.²¹⁷ Die Beurteilung der Effektivität von Edukationsmaßnahmen sollte nach Lei et al. (2020) anhand der Einschätzung der Zufriedenheit, des Wissensstands und der Verhaltensweisen von Mitarbeiter*innen sowie der Auswirkungen auf Pflegebedürftige erfolgen.²¹⁸ Die Forscher*innen merken außerdem an, dass auf die Ergebnisse der Studien neben den Edukationsmaßnahmen auch andere Aspekte Einfluss genommen haben könnten. Daher empfehlen Lei et al. (2020), die Aussagekraft und Verlässlichkeit der Ergebnisse kritisch zu betrachten und Verzerrungspotenziale zu berücksichtigen.²¹⁹ Dennoch sprechen sie eine klare Empfehlung für die Umsetzung von Edukationsmaßnahmen unter der Berücksichtigung der zuvor beschriebenen Überlegungen aus.²²⁰

5.2.4 Evidenz und Empfehlungen aus den Leitlinien

In diesem Kapitel werden die Erkenntnisse aus den eingeschlossenen Leitlinien zusammenfassend dargestellt (siehe Anlagen 28-31).

Implementierung mehrdimensionaler Interventionen

In der Leitlinie der RNAO (2012) wird multiprofessionellen Teams in Gesundheitseinrichtungen empfohlen, Interventionen zu implementieren, welche die Risiken für die Sicherheit und das Wohlbefinden von Pflegebedürftigen verringern können, die im Zusammenhang mit Fixierungen auftreten können (Evidenzgrad IV).²²¹ Pflegefachpersonen sollen fixierende Maßnahmen erst dann in Betracht ziehen, wenn alle denkbaren Alternativen ausgeschöpft wurden.²²² Um fixierende Maßnahmen zu vermeiden, wird in der Leitlinie der RNAO (2012) die Planung und Umsetzung mehrdimensionaler Interventionen durch Pflegefachpersonen in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen empfohlen (Evidenzgrad IIa).²²³ In der eingeschlossenen Evidenz werden verschiedene Elemente benannt, die in derartigen Interventionen enthalten sein könnten: Maßnahmen zur Unterstützung der Führungs- und Verwaltungsebene, Ermittlung der Häufigkeit von Fixierungen, Edukationsmaßnahmen, Zusammenarbeit und Beratung im multiprofessionellen Team, frühzeitige Risikoeinschätzung bzgl. der Notwendigkeit von Fixierungen, Maßnahmen zur Rückgewinnung bzw. zum Erhalt

²¹⁶ Vgl. Lei, R. u.a. (2020), S. 11.

²¹⁷ Vgl. ebd., S. 12.

²¹⁸ Vgl. ebd., S. 12.

²¹⁹ Vgl. ebd., S. 12.

²²⁰ Vgl. ebd., S. 12.

²²¹ Vgl. RNAO (2012), S. 39.

²²² Vgl. ebd., S. 39.

²²³ Vgl. ebd., S. 36.

der Ressourcen von pflegebedürftigen Menschen und Entwicklung individueller Versorgungspläne.²²⁴ Einige Studien empfehlen den Einsatz von Krisenteams, die Pflegefachpersonen im Umgang mit aggressiven Menschen unterstützen können, sodass Fixierungen auf ein notwendiges Maß beschränkt oder im Idealfall vermieden werden können.²²⁵ Um geeignete multidimensionale Interventionen zur Vermeidung von Fixierungen auswählen zu können, sollten professionell Pflegende Instrumente und Algorithmen nutzen.²²⁶ In der Leitlinie des DGPPN (2018) wird ebenfalls die Implementierung von Programmen zur Vermeidung von Fixierungen empfohlen, die von der Leitungsebene der Pflegeeinrichtung gefördert werden sollte (Empfehlungsgrad A, Evidenzgrad 2).²²⁷

Beziehungsgestaltung

Zur Prävention von fixierenden Maßnahmen raten die Expertinnen und Experten in der Leitlinie der RNAO (2012) zu einer therapeutischen Beziehungsgestaltung zwischen Pflegefachpersonen und auto- oder fremdaggressiven Menschen (Evidenzgrad IV).²²⁸ Mit wachsendem gegenseitigen Vertrauen bilden sich auch die therapeutischen Kommunikationsfähigkeiten von Pflegefachpersonen heran, um gemeinsam mit den Pflegebedürftigen deren Gefühle und Verhaltensweisen zu ergründen und darauf aufbauend entsprechende Versorgungspläne zu gestalten.²²⁹

Risikoeinschätzung bei pflegebedürftigen Menschen

Um Risikofaktoren festzustellen, die eine Fixierung begünstigen könnten, wird in der Leitlinie der RNAO (2012) die pflegerische Einschätzung von Pflegebedürftigen am Tag der stationären Aufnahme und im weiteren Verlauf des Krankenhausaufenthaltes empfohlen (Evidenzgrad IIb).²³⁰ Bei der Einschätzung sollen sowohl bereits bestehende Risikofaktoren, als auch potenziell auftretende Faktoren berücksichtigt werden, die situations- und altersabhängig variieren und einzeln oder in Kombination zur Anwendung von Fixierungen führen können (siehe Anlage 33 im Anhang).²³¹ Die identifizierten Risikofaktoren sollten an alle Mitarbeiter*innen des multiprofessionellen Teams vermittelt werden.²³² Um die Risikoeinschätzung von Pflegebedürftigen vorzunehmen, wird Pflegefachpersonen die Durchführung einer klinischen Beurteilung und Verwendung wissenschaftlich geprüfter Instrumente empfohlen (Evidenzgrad IIb).²³³ Basierend auf den Ergebnissen der Einschätzung können indi-

²²⁴ Vgl. RNAO (2012), S. 36.

²²⁵ Vgl. ebd., S. 37.

²²⁶ Vgl. ebd., S. 37.

²²⁷ Vgl. DGPPN (2018), S. 247.

²²⁸ Vgl. ebd., S. 22.

²²⁹ Vgl. ebd., S. 22.

²³⁰ Vgl. RNAO (2012), S. 23.

²³¹ Vgl. ebd., S. 23.

²³² Vgl. ebd., S. 23.

²³³ Vgl. ebd., S. 30.

viduelle Maßnahmen zur Vermeidung von Fixierungen in multiprofessioneller Zusammenarbeit geplant und umgesetzt werden.²³⁴ In der Leitlinie wird eine Auswahl validierter Instrumente zur Einschätzung von Pflegebedürftigen mit verschiedenen Versorgungsproblematiken dargestellt:

- „Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) for assessment of agitation (Cohen-Mansfield, 1989);
- Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R) (Tenneij, Goedhard, Stolker, Nijman, & Koot, 2009) for aggression;
- Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) [...]
- Broset Violence Checklist (BVC) [...] to assess confusion, irritability, boisterousness, verbal threats, attacks on objects; [...]
- Tools for altered cognition (delirium, dementia and depression [RNAO, rev 2010b]); and
- Tools for assessment of pain (RNAO, rev. 2007a).²³⁵

Auch in der Leitlinie von Lach und Leach (2014) wird die Einschätzung der Eigenschaften von Pflegebedürftigen empfohlen, um Risiken für die Anwendung von Fixierungen frühzeitig zu erkennen.²³⁶ Zu den Eigenschaften gehören das Alter der Pflegebedürftigen (Evidenzgrad C2), Entfernung von Zu- und Ableitungen (Evidenzgrad C1), Sturzgefahr (Evidenzgrad C1) und Veränderungen des geistigen Status z.B. durch Alzheimer (Evidenzgrad C1). Weitere Charakteristika sind Agitation und unruhiges Verhalten (Evidenzgrad C1), körperliche Abhängigkeit (Evidenzgrad C2), Inkontinenzprobleme (Evidenzgrad D) und Polypharmazie (Evidenzgrad C2).²³⁷ Lach und Leach (2014) raten zudem zur Feststellung potenzieller Komplikationen, die aus der Anwendung von Fixierungen resultieren können, um die Umsetzung von Alternativen und Minimierung von Gesundheitsrisiken zu fördern.²³⁸ Mögliche Komplikationen sind der Tod (Evidenzgrad B1), ein erhöhtes Extubationsrisiko (Evidenzgrad C1), tiefe Beinvenenthrombosen und Lungenembolien (Evidenzgrad D), Haut- oder Nervenschädigungen (Evidenzgrad C2) und ein erhöhtes Sturzrisiko (Evidenzgrad C1). Zudem können Fixierungen in einer Verschlechterung demenzieller, agitierter und deliranter Zustände resultieren (Evidenzgrad C1). Weitere Komplikationen sind seelische Folgen wie z.B. Ängste (Evidenzgrad C1), Verletzung von Rechten der Pflegebedürftigen (Evidenzgrad B) und haftungsrechtliche Konsequenzen (Evidenzgrad C2). Außerdem führen Fixierungen zur Immobilisierung (Evidenzgrad C1), wodurch Druckgeschwüre, Kontrakturen, Pneumonien, Inkontinenz, Infektionen, Abhängigkeit von Pflegefachpersonen und Ablehnung von Rehabilitationsanträgen begünstigt werden können.²³⁹ Bezüglich der Einschätzung von Pflegebedürftigen empfehlen Lach und Leach (2014) außerdem die Ergründung von Ursa-

²³⁴ Vgl. RNAO (2012), S. 30.

²³⁵ Ebd., S. 31.

²³⁶ Vgl. Lach, H.; Leach, K. (2014), S. 6.

²³⁷ Vgl. ebd., S. 6 f.

²³⁸ Vgl. ebd., S. 7.

²³⁹ Vgl. ebd., S. 7 f.

chen für riskante Verhaltensweisen, um daran angepasst alternative Maßnahmen zur Vermeidung von Fixierungen implementieren zu können. Hierfür sollte eine pflegerische Einschätzung des Verhaltens von pflegebedürftigen Menschen im Hinblick auf psychologische und körperliche Ursachen sowie ursächliche Umwelteinflüsse erfolgen (Evidenzgrad B1).²⁴⁰ Die pflegerische Beurteilung sollte die Ermittlung der Bedürfnisse von Pflegebedürftigen (Evidenzgrad D), Einschätzung des geistigen Status (Evidenzgrad D) und körperlicher Eigenschaften, die in Verhaltensauffälligkeiten resultieren können (Evidenzgrad C2). Des Weiteren sollten die Medikation der Pflegebedürftigen (Evidenzgrad D), der psychologische Status (Evidenzgrad C2) und Umwelteinflüsse (Evidenzgrad C2), wie z.B. räumliche Faktoren, bei der Einschätzung berücksichtigt werden.²⁴¹ Bezüglich der Anordnung und Gabe von Medikamenten bei älteren Pflegebedürftigen wird in der Leitlinie der RNAO (2016) zu einem vorsichtigen Umgang geraten (Evidenzgrad Ia). Gesundheitsrisiken mit höherem Lebensalter und Polypharmazie müssen eingeschätzt und die medikamentöse Therapie gewissenhaft überwacht und dokumentiert werden.²⁴² Eine organisierte Einschätzung von pflegebedürftigen Menschen und Anwendung von Arbeitswerkzeugen, um frühzeitig in kritische Situationen eingreifen zu können, wird ebenso in der Leitlinie des DGPPN (2018) empfohlen (Empfehlungsgrad A, Evidenzgrad 2).²⁴³

Edukation von Pflegefachpersonen

In der Leitlinie der RNAO (2012) wird empfohlen, die Versorgung von Pflegebedürftigen mit einem erhöhten Risiko für Fixierungen in die Lehrinhalte der pflegerischen Aus- und Weiterbildung aufzunehmen (Evidenzgrad Ib).²⁴⁴ Die Schulung von Pflegefachpersonen sollte spezielle Versorgungskonzepte, Hinweise zur Aufklärung und Beratung betroffener pflegebedürftiger Menschen und Angehörigen sowie ethische und rechtliche Grundlagen beinhalten. Des Weiteren sollten die Formen, Komplikationen, fachgemäße Anwendung sowie Überwachung und Dokumentation von Fixierungen gelehrt werden. Pflegefachpersonen sollten über Kenntnisse zu Risikofaktoren für Fixierungen, präventiven bzw. alternativen Maßnahmen und Strategien zur Deeskalation und Krisenbewältigung verfügen. Zudem sollten sie in der Lage sein, das eigene Handeln in Bezug auf freiheitsentziehende Maßnahmen zu reflektieren und ihre Wertevorstellungen kritisch zu hinterfragen. In Schulungen sollten zudem die multiprofessionelle Zusammenarbeit, therapeutische Beziehungsgestaltung, auf die Patientin bzw. den Patienten zentrierte Pflege und Rechte von Pflegebedürftigen behandelt werden.²⁴⁵

²⁴⁰ Vgl. Lach, H.; Leach, K. (2014), S. 8.

²⁴¹ Vgl. ebd., S. 9 f.

²⁴² Vgl. RNAO (2016), S. 41.

²⁴³ Vgl. DGPPN (2018), S. 242.

²⁴⁴ Vgl. RNAO (2012), S. 44.

²⁴⁵ Vgl. ebd., S. 44.

Anwendung von Alternativen

Die Expertinnen und Experten der Leitlinie der RNAO (2012) befürworten den Einsatz individueller Versorgungspläne, die schwerpunktmäßig Alternativen zu Fixierungen enthalten und in multiprofessioneller Zusammenarbeit entwickelt werden sollten (Evidenzgrad IIb).²⁴⁶ Nach den Empfehlungen der RNAO (2012) soll eine regelmäßige Überprüfung und Beurteilung der Versorgungspläne anhand pflegerischer Beobachtungen und dem Austausch mit Pflegebedürftigen, Angehörigen oder Betreuer*innen stattfinden (Evidenzgrad IV).²⁴⁷ Des Weiteren wird in der Leitlinie der RNAO (2012) der Einsatz von Strategien zur Deeskalation und Krisenbewältigung empfohlen (Evidenzgrad IIb).²⁴⁸ Auch Lach und Leach (2014) raten zur Anwendung von Alternativen, um Verhaltensauffälligkeiten von Pflegebedürftigen zu steuern oder zu beseitigen und empfehlen ebenfalls die Erstellung individueller Versorgungspläne (Evidenzgrad B1).²⁴⁹ Mögliche Interventionen in den Versorgungsplänen können auf psychologischen und körperlichen Aspekten sowie auf der Gestaltung der Versorgungsumgebung basieren (siehe Anlage 31 im Anhang).²⁵⁰ In der Leitlinie der RNAO (2016) wird empfohlen, fixierende Maßnahmen als allerletztes Mittel in der Versorgung älterer Pflegebedürftiger zu betrachten (Evidenzgrad V). In der Versorgung von Menschen mit Delir können Fixierungen u. U. erforderlich sein, sollten aber wann immer möglich vermieden werden. Dasselbe gilt bei Menschen mit Demenzerkrankungen, bei denen nur im Falle der Unwirksamkeit alternativer Maßnahmen Fixierungen angewendet werden sollten.²⁵¹ Die Leitlinienentwickler*innen der DGPPN (2018) empfehlen die Gestaltung von Rückzugsorten für Pflegebedürftige, an denen diese alternativ zu Fixierungen Beruhigungs- und Betätigungsangebote erhalten können. Zudem sollen infolge fixierender Maßnahmen Reflexionsgespräche stattfinden (Empfehlungsgrad A, Evidenzgrad 3).²⁵²

Schaffung institutioneller Voraussetzungen

Um die Anwendung von Alternativen zu Fixierungen im Stationsalltag zu etablieren, sollten nach den Empfehlungen der RNAO (2012) Maßnahmen im Rahmen des Risiko- und Qualitätsmanagements zur Wahrung der Rechte von Pflegebedürftigen und der Sicherheit von Mitarbeitenden getroffen werden (Evidenzgrad Ib).²⁵³ Dazu gehört die Erarbeitung einer Definition von freiheitsentziehenden Maßnahmen, Entwicklung eines Leitbildes und Richtlinien zur Vermeidung von Fixierungen, Schaffung erforderlicher Strukturen für die Einschätzung und Beratung von Pflegebedürftigen und Implementierung von Schulungsmaßnahmen für

²⁴⁶ Vgl. RNAO (2012), S. 31.

²⁴⁷ Vgl. ebd., S. 35.

²⁴⁸ Vgl. ebd., S. 38.

²⁴⁹ Vgl. Lach, H.; Leach, K. (2014), S. 10.

²⁵⁰ Vgl. ebd., S. 11.

²⁵¹ Vgl. RNAO (2016), S. 43.

²⁵² Vgl. DGPPN (2018), S. 241.

²⁵³ Vgl. RNAO (2012), S. 46.

Mitarbeiter*innen. In der Einrichtung sollten alternative Maßnahmen und Strategien zur Deeskalation bzw. Stressbewältigung vor dem Einsatz von Fixierungen herangezogen werden. Des Weiteren sollten multidimensionale Programme zur Vermeidung von Fixierungen, Dokumente zur Überwachung und Dokumentation fixierender Maßnahmen sowie Evaluationsprozesse zur Ermittlung der Häufigkeiten von Fixierungen und Alternativen entwickelt und implementiert werden. Zudem sollten Kommunikationswege mit pflegebedürftigen Menschen, Angehörigen, betreuenden Personen und im multiprofessionellen Team geschaffen werden.²⁵⁴ Weitergehend empfehlen die Expertinnen und Experten in der Leitlinie der RNAO (2012), in Versorgungsmodellen von Gesundheitseinrichtungen Konzepte zur multiprofessionellen Zusammenarbeit und Kooperation mit Pflegebedürftigen und Angehörigen bzw. betreuende Personen zu integrieren, um den Einsatz von Alternativen zu stärken und der Anwendung von Fixierungen entgegen zu wirken (Evidenzgrad III).²⁵⁵

Um Veränderungen in der Pflegepraxis in Richtung der Vermeidung von Fixierungen anzustoßen, empfehlen Lach und Leach (2014) die Einschätzung durch Pflegefachpersonen, die den Einsatz von Fixierungen maßgeblich beeinflussen können. In den eingeschlossenen Studien konnten die Leitlinienentwickler*innen Eigenschaften von professionell Pflegenden identifizieren, die mit der Anwendung von Fixierungen in Verbindung gebracht werden können (siehe Anlage 30 im Anhang).²⁵⁶ Ähnlich wie in der Leitlinie der RNAO (2012) raten auch Lach und Leach (2014) zur Implementierung klinikinterner Richtlinien und Prozesse zur Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen. Um eine fixierungsfreie Praxis zu etablieren, bedarf es der konsequenten Unterstützung durch die Verwaltungsebene der jeweiligen Pflegeeinrichtung (Evidenzgrad C1).²⁵⁷ Des Weiteren konnten Lach und Leach (2014) Arbeitskreise im Rahmen des Qualitätsmanagements identifizieren, die verschiedene Ansätze verfolgen, um auf eine pflegerische Versorgung ohne Fixierungen hinzuarbeiten (siehe Anlage 30 im Anhang).²⁵⁸

Für eine erfolgreiche Leitlinienimplementierung in die Pflegepraxis bedarf es einem geeigneten Konzept, den nötigen Ressourcen sowie der Unterstützung und Förderung auf organisatorischer und administrativer Ebene.²⁵⁹ In der Leitlinie der RNAO (2012) wird die Entwicklung einer Implementierungsstrategie empfohlen, in welcher die Bereitschaft der Einrichtung eingeschätzt wird und klinikinterne Hindernisse für die Implementierung identifiziert

²⁵⁴ Vgl. RNAO (2012), S. 46.

²⁵⁵ Vgl. ebd., S. 48.

²⁵⁶ Vgl. Lach, H.; Leach, K. (2014), S. 13.

²⁵⁷ Vgl. ebd., S. 13.

²⁵⁸ Vgl. ebd., S. 13.

²⁵⁹ Vgl. RNAO (2012), S. 50.

werden (Evidenzgrad IV).²⁶⁰ Hierbei sollten alle diejenigen Personen einbezogen werden, die Teil des Implementierungsgeschehens sind.²⁶¹

6 Diskussion

Basierend auf den Erkenntnissen der Standardanalyse und Evidenzsynthese werden im Folgenden formal-methodische und inhaltliche Empfehlungen zur Gestaltung des Standards *Freiheitsentziehende Maßnahmen* formuliert. Abschließend werden die Limitationen dieser Arbeit aufgezeigt und Hinweise gegeben, wie mit den gewonnenen Erkenntnissen weiter verfahren werden sollte.

6.1 Empfehlungen zur Gestaltung des Standards

Formal-methodische Empfehlungen

Im Rahmen dieser Arbeit wurde zunächst untersucht, inwieweit der Standard *Freiheitsentziehende Maßnahmen* der Kliniken X den formalen und methodischen Anforderungen an klinische Standards entspricht und welche Verbesserungsvorschläge sich daraus ableiten lassen. Hierfür wurde eine Analyse des Standards in Orientierung an AGREE II durchgeführt. In der Analyse wurde festgestellt, dass der Standard hinsichtlich der Transparenz des methodischen Vorgehens bei der Entwicklung²⁶² und Aktualisierung Verbesserungspotenzial aufweist. Für einige Items entfiel eine Beurteilung aufgrund unzureichender oder nicht vorhandener Informationen. Zudem enthält der Standard kein Literaturverzeichnis, weshalb nicht eindeutig nachvollzogen werden konnte, inwiefern dieser aktuelle pflegfachliche und wissenschaftliche Erkenntnisse wiedergibt.²⁶³ Um den Anforderungen an klinische Standards gerecht zu werden, empfiehlt sich die Erstellung eines Methodenreports (siehe Anlage 5 im Anhang), der von allen betroffenen Mitarbeitenden eingesehen und die Akzeptanz der Handlungsanweisungen im Team fördern kann.²⁶⁴ Zudem könnte ein Methodenreport die Beurteilung des Standards erleichtern und somit den Aktualisierungsprozess unterstützen.

Die Ergebnisse der Analyse zeigen außerdem, dass der Geltungsbereich des Standards nicht eindeutig erfasst wurde und keine Informationen zur Sichtweise von Pflegebedürftigen bzgl. der Anwendung von Fixierungen oder Interessenskonflikten zwischen beteiligten Berufsgruppen vorliegen. Um sicherzustellen, dass der Standard auf den vorgesehenen Sta-

²⁶⁰ Vgl. RNAO (2012), S. 50.

²⁶¹ Vgl. ebd., S. 50.

²⁶² Vgl. Burckhardt, M. (2021), S. 67.

²⁶³ Vgl. ebd., S. 67.

²⁶⁴ Vgl. ebd., S. 72.

tionen und in spezifischen Versorgungssituationen beachtet wird, sollte im Standard zu Anfang der Geltungsbereich mit einer präzisen Beschreibung potenziell betroffener pflegebedürftiger Menschen ergänzt werden. Da fixierende Maßnahmen in die Freiheit betroffener Pflegebedürftiger eingreifen und u. U. negative gesundheitliche Folgen mit sich bringen können²⁶⁵, sollten Mitarbeiter*innen im Hinblick auf die Bedürfnisse und Ansichten betroffener Pflegebedürftiger sensibilisiert werden. Diese könnten z.B. anhand klinikinterner Befragungen erhoben und als Teil des Methodenreports in der Klinik veröffentlicht werden. Neben den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen sollten zudem die Interessen aller beteiligten Berufsgruppen im Standard berücksichtigt werden, um dessen Praktikabilität im Stationsalltag sicherzustellen.²⁶⁶ Auch diese könnten anhand klinikinterner Befragungen von Mitarbeiter*innen oder ausgewählter Interessensvertreter*innen aus verschiedenen Berufsgruppen ermittelt werden. Die Ergebnisse sollten im Überarbeitungsprozess des Standards berücksichtigt werden.

Inhaltliche Empfehlungen

Aus der Analyse ging außerdem hervor, dass der Standard keine Handlungsanweisen bzw. Hinweise zur Vermeidung von Fixierungen enthält. In Anbetracht der Problemstellung (siehe Kapitel 1) ist ein reflektierter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen unerlässlich und die Anwendung sollte sich auf ein erforderliches Mindestmaß beschränken. Daher sollte in den Standard ein weiteres Kernelement zur Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen aufgenommen werden, in dem Alternativen aufgezeigt werden. Aus diesem Grund wurde im zweiten Teil der Arbeit untersucht, welche pflegerischen Strategien in der akutstationären Versorgung angewendet werden können, um Fixierungen von pflegebedürftigen Menschen zu vermeiden. Zur Identifikation pflegerischer Maßnahmen wurde eine systematische Suche nach relevanten Leitlinien und systematischen Übersichtsarbeiten durchgeführt und in Orientierung am Methodenreport dokumentiert. Anschließend wurden die Evidenz und Empfehlungen aus den Leitlinien und Übersichtsarbeiten im Hinblick auf die Forschungsfrage synthetisiert.

Zur Vermeidung mechanischer und medikamentöser Fixierungen konnten verschiedene pflegerische Strategien bzw. Ansätze in den eingeschlossenen Übersichtsarbeiten identifiziert werden: Edukationsmaßnahmen, Zusammenarbeit im pflegerischen und interdisziplinären Team, Information und Beratung, Einschätzung von Pflegebedürftigen und Abwägung der Notwendigkeit fixierender Maßnahmen sowie Anwendung von Alternativen. Zudem wurden aus den ausgewählten Leitlinien folgende Strategien herausgearbeitet: Implementierung mehrdimensionaler Interventionen zur Vermeidung von Fixierungen, Beziehungsgestaltung, Einschätzung der Risiken von Pflegebedürftigen, Edukation, Anwendung

²⁶⁵ Vgl. Evans, D.; Wood, J.; Lambert, L. (2003), S. 274.

²⁶⁶ Vgl. Burckhardt, M. (2021), S. 67.

von Alternativen und Schaffung institutioneller Voraussetzungen. Die Ergebnisse der Evidenzsynthese zeigen, dass in den Übersichtsarbeiten und Leitlinien größtenteils dieselben Empfehlungen gegeben werden. Allerdings stellt dies noch keine Sicherheit dar, dass die Strategien bedenkenlos in der Praxis angewendet werden können und eine Vermeidung bzw. Reduktion von Fixierungen begünstigen können.

6.2 Limitationen

Anhand einer systematischen Literaturrecherche in sechs Datenbanken wurden in dieser Arbeit vier systematische Übersichtsarbeiten und vier Leitlinien identifiziert. Da die Auswahl relevanter Literatur lediglich durch eine Person erfolgt ist und somit das Vier-Augen-Prinzip nicht erfüllt werden konnte, besteht die Möglichkeit, dass wichtige Publikationen übersehen wurden. Um dieses Risiko zu minimieren, wurden die Referenzlisten der eingeschlossenen Literatur gesichtet. Im Hinblick auf die zweite Forschungsfrage konnte anhand der Übersichtsarbeiten und Leitlinien ein umfassender Überblick über mögliche Strategien zur Vermeidung von Fixierungen gegeben werden. Allerdings bestehen derzeit unzureichende Hinweise bzgl. der Wirksamkeit dieser Strategien, weshalb bei deren Implementierung in die klinische Praxis Vorsicht geboten ist. Zudem wurden die Studien in den Scoping Reviews keiner kritischen Beurteilung unterzogen, weshalb deren methodische Qualität und Aussagekraft fraglich ist. Rückblickend auf die Analyse des Standards *Freiheitsentziehende Maßnahmen* ist anzumerken, dass die Beurteilung entgegen der Empfehlung von Brouwers et al. (2014) nur durch eine Person erfolgt ist. Die Verbesserungspotenziale, die in dieser Arbeit identifiziert wurden, sollten daher im nächsten Aktualisierungsprozess nochmals aufgegriffen und in der Arbeitsgruppe diskutiert werden.

6.3 Ausblick und Fazit

Im Rahmen der Bachelorarbeit wurden auf der Basis einer Standardanalyse in Orientierung an AGREE II und einer Evidenzsynthese zu pflegerischen Strategien zur Vermeidung von Fixierungen formal-methodische und inhaltliche Empfehlungen entwickelt, die für die kommende Aktualisierung des Standards *Freiheitsentziehende Maßnahmen* der Kliniken X genutzt werden können. In Anlehnung an die Prozessschritte zur Entwicklung klinischer Behandlungspfade (siehe Abb. 1)²⁶⁷ sollten die Ergebnisse dieser Arbeit im nächsten Schritt mit allen Stakeholderinnen und Stakeholdern abgestimmt und unter Berücksichtigung der Interessen betroffener Berufsgruppen und Pflegebedürftiger in den Überarbeitungsprozess des Standards eingebunden werden. Hinsichtlich der Implementierung von pflegerischen Strategien zur Vermeidung von Fixierungen bleibt die Frage, wie wirksam diese sind. Um

²⁶⁷ Vgl. Burckhardt, M. (2021), S. 74.

hierfür eine Antwort zu finden, bedarf es weiteren Untersuchungen und der regelmäßigen Prüfung des aktuellen Forschungsstands.

Anhang

Anlage 1	Standard <i>Freiheitsentziehende Maßnahmen</i>	49
Anlage 2	Ärztliche Anordnung von FEM	49
Anlage 3	Betreuungsgerichtliche Genehmigung	49
Anlage 4	Überwachung von FEM	49
Anlage 5	Methodenreport in Anlehnung an AGREE	50
Anlage 6	Auswahlkriterien	50
Anlage 7	Sammlung aller relevanten Suchbegriffe	51
Anlage 8	Identifizierte Schlagwörter	51
Anlage 9	Suchstrings für MEDLINE via PubMed, CDSR und CINAHL	52
Anlage 10	Filter und Eingrenzungen für PubMed, CDSR und CINAHL	53
Anlage 11	Suchtreffer in MEDLINE via PubMed	53
Anlage 12	Suchstrategien in der Datenbank der AWMF und Trip	54
Anlage 13	Ergebnisse der Standardanalyse orientiert an AGREE II	54
Anlage 14	Ergebnisse der Literatursuche orientiert an PRISMA	55
Anlage 15	Charakteristika der eingeschlossenen Übersichtsarbeiten in Anlehnung an PRISMA	56
Anlage 16	Bewertung von Lachance, C.; Wright, M.-D. (2019) nach JBI	58
Anlage 17	Bewertung von Alostaz, Z. u.a. (2022) nach JBI und PRISMA-ScR	58
Anlage 18	Bewertung von Abraham, J. u.a. (2020) nach JBI und PRISMA-ScR	59
Anlage 19	Bewertung von Lei, R. u.a. (2020) nach JBI und PRISMA-ScR	61
Anlage 20	Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien	63
Anlage 21	Bewertung von RNAO (2012) anhand AGREE II	65
Anlage 22	Bewertung von RNAO (2016) anhand AGREE II	66
Anlage 23	Bewertung von Lach, H.; Leach, K. (2014) anhand AGREE II	67
Anlage 24	DGPPN (2018): Beurteilung der Evidenz und Empfehlungen	68
Anlage 25	RNAO (2012): Beurteilung der Evidenz nach SIGN	68
Anlage 26	RNAO (2016): Beurteilung der Evidenz nach NICE und Pati (2011)	69

Anlage 27	Lach, H.; Leach, K. (2014): Beurteilung der Evidenz	69
Anlage 28	Evidenz und Empfehlungen aus den systematischen Übersichtsarbeiten	70
Anlage 29	RNAO (2012): Evidenz und Empfehlungen	73
Anlage 30	RNAO (2016): Evidenz und Empfehlungen	74
Anlage 31	Lach, H.; Leach, K. (2014): Evidenz und Empfehlungen	75
Anlage 32	DGPPN (2018): Evidenz und Empfehlungen	77
Anlage 33	Risikofaktoren für die Anwendung von Fixierungen	78

Anlage 1 Standard *Freiheitsentziehende Maßnahmen* der Kliniken X

Bei dieser Anlage handelt es sich um ein unternehmensinternes Dokument, welches aus Gründen der Anonymisierung entfernt wurde.

Anlage 2 Ärztliche Anordnung von FEM in den Kliniken X

Bei dieser Anlage handelt es sich um ein unternehmensinternes Dokument, welches aus Gründen der Anonymisierung entfernt wurde.

Anlage 3 Betreuungsgerichtliche Genehmigung von FEM in den Kliniken X

Bei dieser Anlage handelt es sich um ein unternehmensinternes Dokument, welches aus Gründen der Anonymisierung entfernt wurde.

Anlage 4 Überwachung von FEM in den Kliniken X

Bei dieser Anlage handelt es sich um ein unternehmensinternes Dokument, welches aus Gründen der Anonymisierung entfernt wurde.

Anlage 5 Methodenreport in Anlehnung an AGREE²⁶⁸

Gliederungsvorschlag Methodenreport eines klinischen Behandlungspfades
<p>Einleitung Hintergrund & Relevanz Geltungsbereich & Ziele</p> <p>Projektgruppe: Name & Funktion/Expertise Berücksichtigung der Patient*innensicht Umgang mit möglichen Interessenkonflikten (optional)</p> <p>Methoden zu Evidenzsynthese: Ein- und Ausschlusskriterien für Literatur Suchstrategie Kriterien zur Bewertung der Evidenz Methoden zur Zusammenfassung (Synthese) der Evidenz bzw. Empfehlungen</p> <p>Ergebnisse zur Evidenzsynthese Charakteristik & Methodische Güte der berücksichtigten Literatur Übersicht zur Evidenz- bzw. Empfehlungen</p> <p>Inhaltliche Verabschiedung</p> <p>Gültigkeit & Vorgehen zur Aktualisierung</p>

Anlage 6 Auswahlkriterien²⁶⁹

Kategorie		Auswahlkriterium
Inhaltlich	Patientinnen und Patienten	Erwachsene Pflegebedürftige
	Intervention	Pflegerische Strategien zur Vermeidung von Fixierungen
	Setting	Vorrangig Akutkrankenhäuser (andere Settings nur in Bezug auf S3-Leitlinien)
Formal-methodisch	Publikationsart	Systematische Übersichtsarbeiten (Systematic Reviews, Scoping Reviews), nationale/ internationale Leitlinien
	Sprache	Deutsch, Englisch
	Zeitraum der Publikation	In den letzten zehn Jahren

²⁶⁸ Enthalten in: Burckhardt, M. (2021), S. 73 (bei identischer Übernahme).

²⁶⁹ Eigene Darstellung, erstellt am 20.03.2022.

Anlage 7 Sammlung aller relevanten Suchbegriffe²⁷⁰

	Deutschsprachige Oberbegriffe, Unterbegriffe und Synonyme	Englischsprachige Oberbegriffe, Unterbegriffe und Synonyme
<i>Suchkomponente Intervention</i>	Fixierung(en)	restraint(s) , restrain, restrained
	Körperliche Fixierung(en) Mechanische Fixierung(en)	physical restraint(s) mechanical restraint(s)
	Medikamentöse Fixierung(en)	pharmacological restraint(s) chemical restraint(s)
	Vermeidung , vermeiden, vermieden Verzicht, verzichten Prävention	prevention , prevent, preventing, prevented, preventive, preventative, preventable avoidance, avoid, avoiding, avoided, avoidable
	Reduzierung, Reduktion, reduzieren, reduziert	reduction, reduce, reducing, reduced
	Minimierung, minimieren, minimierend, minimiert	minimization, minimize, minimizing, minimized
	Alternative(n)	alternative(s)
<i>Suchkomponente Setting</i>	Akutkrankenhaus Krankenhaus Hospitalisierung, hospitalisiert	acute hospital(s) hospital(s) hospitalization/ hospitalisation, hospitalized/ hospitalised
	stationäre(r) Patient*in akutstationäre Pflege stationäre Versorgung Akutpflege Intensivpflege	inpatient(s) acute care intensive care

Anlage 8 Identifizierte Schlagwörter²⁷¹

	MeSH Terms ²⁷² in PubMed	MeSH Terms in CDSR	CINAHL Headings ²⁷³ in CINAHL
<i>Suchkomponente Intervention</i>	Restraint, Physical	Restraint, Physical	Restraint, Physical Restraint, Chemical
<i>Suchkomponente Setting</i>	Hospitals Hospitalization Inpatients Intensive Care Units	Hospitals Hospitalization Inpatients Intensive Care Units	Hospitals Hospitalization Inpatients Acute Care Intensive Care Units

²⁷⁰ In Anlehnung an: Nordhausen, T.; Hirt, J. (2019), S. 15.

²⁷¹ Eigene Darstellung, erstellt am 20.03.2022.

²⁷² Medical Subject Heading (Mesh) Terms = Schlagwörter in MEDLINE und Cochrane Library.

²⁷³ CINAHL Headings = Schlagwörter in CINAHL.

Anlage 9 Suchstrings für MEDLINE via PubMed, CDSR und CINAHL²⁷⁴

	Suchstring für MEDLINE via PubMed	Suchstring für CDSR	Suchstring für CINAHL
Suchkomponente Intervention	((restrain*[TIAB] OR "restraint, physical"[MH] OR "physical restraint"[TIAB] OR "mechanical restraint" [TIAB] OR "pharmacological restraint" [TIAB] OR "chemical restraint"[TIAB])	((restrain*):ti,ab,kw OR MeSH descriptor: [Restraint, Physical] explode all trees OR ("physical restraint"):ti,ab,kw OR ("mechanical restraint"):ti,ab,kw OR ("pharmacological re- straint"):ti,ab,kw OR ("chemical restraint"):ti,ab,kw)	((TI restrain* OR AB restrain* OR MH Restraint, Physical OR TI "physical restraint" OR AB "physical restraint" OR TI "mechanical restraint" OR AB "mechanical restraint" OR TI "pharmacological restraint" OR AB "pharmacological re- straint" OR MH Restraint, Chemical OR TI "chemical restraint" OR AB "chemical restraint")
	AND	AND	AND
	(prevent*[TIAB] OR avoid*[TIAB] OR reduc*[TIAB] OR minimiz*[TIAB] OR alternative*[TIAB]))	((prevent*):ti,ab,kw OR (avoid*):ti,ab,kw OR (reduc*):ti,ab,kw OR (minimiz*):ti,ab,kw OR (alternative*):ti,ab,kw))	(TI prevent* OR AB prevent* OR TI avoid* OR AB avoid* OR TI reduc* OR AB reduc* OR TI minimiz* OR AB minimiz* OR TI alternative* OR AB alterna- tive*))
	AND	AND	AND
Suchkomponente Setting	("hospitals"[MH] OR hospital*[TIAB] OR "hospitalization"[MH] OR "inpatients"[MH] OR inpatient*[TIAB] OR "acute care"[TIAB]) OR "intensive care units"[MH] OR "intensive care"[TIAB]	(MeSH descriptor: [Hospitals] explode all trees OR (hospital*):ti,ab,kw OR MeSH descriptor: [Hospitaliza- tion] explode all trees OR MeSH descriptor: [Inpatients] explode all trees OR (inpatient*):ti,ab,kw OR ("acute care"):ti,ab,kw OR MeSH descriptor: [Intensive Care Units] explode all trees OR ("intensive care"):ti,ab,kw)	(MH Hospitals OR TI hospital* OR AB hospital* OR MH Hospitalization OR MH Inpatients OR TI inpatient* OR AB inpatient* OR MH Acute Care OR TI "acute care" OR AB "acute care") OR MH Intensive Care Unit OR TI "intensive care"

²⁷⁴ In Anlehnung an: Nordhausen, T.; Hirt, J. (2019), S. 25 f.

Anlage 10 Filter und Eingrenzungen für PubMed, CDSR und CINAHL²⁷⁵

Medline via PubMed	CDSR	CINAHL
<ul style="list-style-type: none"> • Erscheinungsdatum (in den letzten zehn Jahren) • Sprache (Englisch, Deutsch) 	<ul style="list-style-type: none"> • Erscheinungsdatum (Januar 2012 – April 2022) • Cochrane Reviews 	<ul style="list-style-type: none"> • Erscheinungsdatum (Januar 2012 – April 2022), • MEDLINE-Datensätze ausschließen

Anlage 11 Suchtreffer in MEDLINE via PubMed²⁷⁶

Suche vom 20.03.2022		
	Suchbefehl	Trefferzahl
#1	restrain*[Title/Abstract]	50.803
#2	„restraint, physical“[MeSH Terms]	14.853
#3	„physical restraint“[Title/Abstract]	1.439
#4	„mechanical restraint“[Title/Abstract]	305
#5	„pharmacological restraint“[Title/Abstract]	31
#6	„chemical restraint“[Title/Abstract]	377
#7	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6	58.298
#8	prevent*[Title/Abstract]	1.631.550
#9	avoid*[Title/Abstract]	441.404
#10	reduc*[Title/Abstract]	3.805.765
#11	minimiz*[Title/Abstract]	204.801
#12	alternative*[Title/Abstract]	691.808
#13	#8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12	5.971.028
#14	“hospitals”[MeSH Terms]	302.242
#15	Hospital*[Title/Abstract]	1.491.462
#16	“hospitalization”[MeSH Terms]	277.331
#17	“inpatients” [MeSH Terms]	26.864
#18	inpatient*[Title/Abstract]	139.464
#19	“acute care”[Title/Abstract]	25.690
#20	#14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19	1.731.465
#21	((#7) AND (#13)) AND (#20)	1.608

²⁷⁵ Eigene Darstellung, erstellt am 21.03.2022.²⁷⁶ In Anlehnung an: Nordhausen, T.; Hirt, J. (2019), S. 31.

Anlage 12 Suchstrategien in der Datenbank der AWMF und Trip

	Suchstring für die Datenbank der AWMF	Suchstring für die Trip Database
Suchkomponente „Intervention“	Fixierung	restraint
	UND	AND
Suchkomponente „Setting“	Krankenhaus	hospital
	Filter: -	Filter: Publikationstyp (Systematic Reviews, Guidelines)

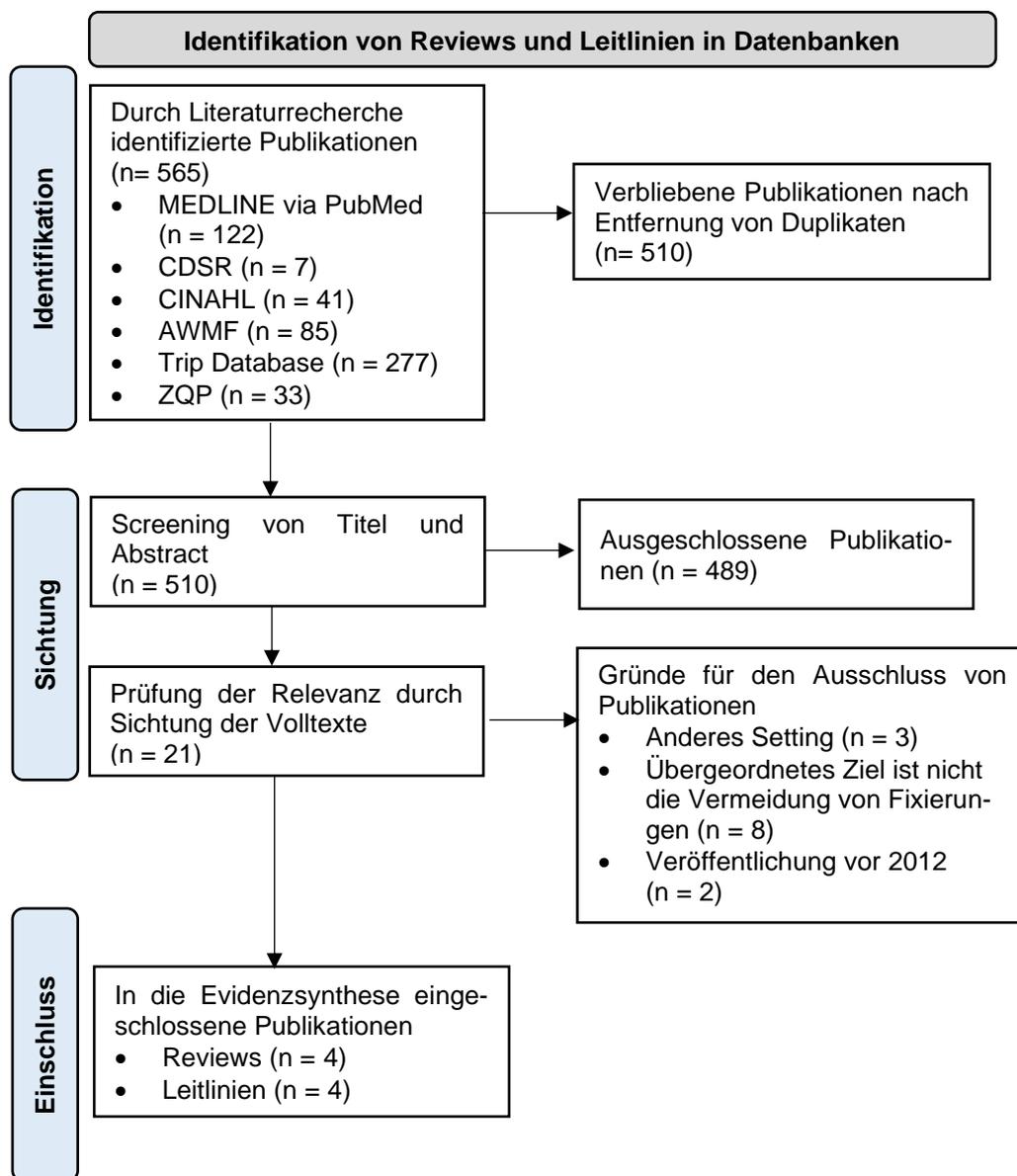
Anlage 13 Ergebnisse der Standardanalyse orientiert an AGREE II²⁷⁷

Domäne	Item	+ / -
Domäne 1: Geltungsbereich und Zweck	1. „[Die Zielsetzung] ist eindeutig beschrieben.“ (S. 22)	+
	2. „[Das Thema des Standards] ist eindeutig beschrieben.“ (S. 22)	+
	3. „Die Zielpopulation ... ist eindeutig beschrieben.“ (S. 22)	-
Domäne 2: Beteiligung von Interessengruppen	4. „Die Entwicklergruppe des Standards schließt Mitglieder aller relevanten Berufsgruppen ein.“ (S. 26)	?
	5. „Die Ansichten und Präferenzen der Zielpopulation ... wurden ermittelt.“ (S. 26)	?
	6. „Die Anwenderzielgruppe [des Standards] ist eindeutig beschrieben.“ (S. 26)	-
Domäne 3: Genauigkeit	7. „Es wurde systematisch nach Evidenz gesucht.“ (S. 30)	?
	11. „Der gesundheitliche Nutzen, Nebenwirkungen und Risiken [von Maßnahmen] wurden ... berücksichtigt.“ (S. 30)	+
	12. „Es existiert ein Verfahren zur Aktualisierung [des Standards].“ (S. 30)	+
Domäne 4: Klarheit der Gestaltung	15. „Die [Handlungsanweisungen des Standards] sind spezifisch und eindeutig.“ (S. 39)	+
	16. „Die unterschiedlichen Alternativen für die Behandlung der Erkrankung oder des Gesundheitsproblems sind eindeutig dargestellt.“ (S. 39)	-
	17. „Die [Kernaussagen des Standards] sind einfach zu finden.“ (S. 39)	+

²⁷⁷ In Anlehnung an Brouwers, M. u.a. (2014), S. 22 ff.

Anlage 13 Fortsetzung

Domäne 5: Anwendbarkeit	18. „Mögliche förderliche und hinderliche Faktoren [in Bezug auf die Umsetzbarkeit des Standards] werden beschrieben.“ (S. 43)	-
	19. „[Der Standard] benennt Instrumente, [welche die Umsetzung der beschriebenen Handlungsschritte] unterstützen.“ (S. 43)	+
	21. „[Der Standard] nennt Messgrößen für die Bewertung der Prozess- und / oder Ergebnisqualität.“ (S. 43)	-
Domäne 6: Redaktionelle Unabhängigkeit	23. „Interessenkonflikte der Mitglieder der Entwicklergruppe [des Standards] wurden dokumentiert und bei der Standarderstellung berücksichtigt.“ (S. 48)	?

Anlage 14 Ergebnisse der Literatursuche orientiert an PRISMA²⁷⁸

²⁷⁸ In Anlehnung an: Page, M. J. u.a. (2021b), <http://prisma-statement.org> (Stand: 03.03.2022).

Anlage 15 Charakteristika der eingeschlossenen Übersichtsarbeiten in Anlehnung an PRISMA²⁷⁹

Autor*in Publikationsjahr Land	Art des Reviews	Setting	Zielsetzung	Methodisches Vorgehen	Anzahl und Design der eingeschlossenen Studien	Thematische(r) Schwerpunkt(e)
<i>Lachance, C.; Wright, M.-D.</i> 2019 Kanada	Systematic Review (S. 2)	Krankenhaus (S. 2)	"[...] to summarize the evidence regarding the clinical effectiveness and evidence-based guidelines for the use or avoidance of physical restraints among hospitalized older adults" (S. 3)	Literaturrecherche in Datenbanken und im Internet; Festlegung der Auswahlkriterien anhand PICO; Auswahl der Literatur nach PRISMA; Instrumente für die kritische Bewertung der eingeschlossenen Literatur: Downs and Black checklist (klinische Studien), AGREE II (Leitlinien) (S. 4 f.)	Ein Systematic Review 2 Single-Center-Studien Eine evidenzbasierte Leitlinie (S. 5 f.)	Programme zur Reduzierung von Fixierungen, Wirksamkeit von Maßnahmen zur Vermeidung von Fixierungen (S. 3)
<i>Alostaz, Z. u.a.</i> 2022 Kanada	Scoping Review (S. 1)	Intensivstation (S. 1)	"1) To identify PR minimization interventions ... 2) To explore implementation contexts ... 3) To identify key stakeholders ... 4) To describe the roles of individuals within the studies ..." (S. 2)	Literaturrecherche in Datenbanken und Suche in Referenzlisten; Festlegung der Auswahlkriterien anhand Studiendesign, Teilnehmer*innen und Art der Intervention; Studienauswahl nach PRISMA; keine Bewertung der eingeschlossenen Studien (S. 2 f.)	7 quantitative Studien: darunter eine quasi-experimentelle Studie und 6 Kohortenstudien (S. 4)	Edukationsmaßnahmen, Audits, Hilfsmittel, Alternativen (S. 4)

²⁷⁹ Eigene Darstellung, erstellt am 05.04.2022.

Anlage 15 Fortsetzung

Autor*in Publikationsjahr Land	Art des Reviews	Setting	Zielsetzung	Methodisches Vorgehen	Anzahl und Design der eingeschlossenen Studien	Thematische(r) Schwer- punkt(e)
<i>Abraham, J. u.a.</i> 2020 Deutschland	Scoping Review (S. 3183)	Krankenhaus (S. 3183)	"[...] to present an overview of the available studies and quality improvement projects aimed at reducing physical restraints in general hospital settings. The main focus is to describe the characteristics and components of the interventions in detail" (S. 3184)	Literaturrecherche in Datenbanken, Suche in Referenzlisten und Google Scholar sowie Zitatensuche; Festlegung der Auswahlkriterien anhand des Ziels der Intervention, Sprache, Setting und Studiendesign; Studienauswahl nach PRISMA; Beschreibung der Charakteristika der Interventionen in Orientierung an TIDieR (S. 3184 f.)	16 Interventionsstudien: darunter 11 Prä-Post-Studien, eine randomisiert-kontrollierte Studie, 2 kontrollierte klinische Studien und eine Cross-over-Studie 15 Projekte zur Qualitätsverbesserung (S. 3185)	Maßnahmen zur Edukation und Information Anpassung von Richtlinien Unterstützende Instrumente Multidisziplinäre (Fall-) Besprechungen Durchführung von Audits etc. (S. 3194)
<i>Lei, R. u.a.</i> 2020 China	Scoping Review (S. 1)	Intensivstation (S. 1)	"[...] to identify and map the previous education activities on physical restraint reduction designed for ICU nurses." (S. 2)	Literaturrecherche in Datenbanken und Suche in Referenzlisten; Festlegung der Auswahlkriterien anhand des Settings, der Art der Intervention und der Sprache; Studienauswahl nach PRISMA (S. 2 f.)	12 Interventionsstudien: darunter 10 Prä-Post-Studien ohne Kontrollgruppen und 2 Prä-Post-Studien mit Kontrollgruppen (S. 3)	Edukationsmaßnahmen (S. 1)

Anlage 16 Bewertung: Lachance, C.; Wright, M.-D. (2019) nach JBI²⁸⁰

Criteria	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is the review question clearly and explicitly stated?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the search strategy appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were the sources and resources used to search for studies adequate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were the criteria for appraising studies appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were there methods to minimize errors in data extraction?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were the methods used to combine studies appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was the likelihood of publication bias assessed?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Were the specific directives for new research appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anlage 17 Bewertung von Alostaz, Z. u.a. (2022) nach JBI und PRISMA-ScR²⁸¹

Criteria	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is the review question clearly and explicitly stated? (Item 4)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Report can be identified as a scoping review (Item 1)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Structured summary is available (Item 2)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Context of what is already known and indication for the scoping review (Item 3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exist of a review protocol (Item 5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the inclusion criteria appropriate for the review question? (Item 6)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the search strategy appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Full electronic search strategy for at least one database and limits (Item 8)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were the sources and resources used to search for studies adequate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Description of all information sources and date of the most recent search (Item 7)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Description of the process for selecting sources (Item 9)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flow diagram with numbers of sources (Item 14)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were the criteria for appraising studies appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Description of the methods and how the information was used in any data synthesis (Item 12)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

²⁸⁰ Kriterien und Ankreuzkategorien entnommen aus: Joanna Briggs Institute (2020), (Stand: 05.04.2022).

²⁸¹ In Anlehnung an: Joanna Briggs Institute (2020) und PRISMA (2021).

Anlage 17 Fortsetzung

Description of data on critical appraisal of included sources (Item 16)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7. Were there methods to minimize errors in data extraction?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Description of the methods of charting data from the included sources of evidence (Item 10)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
List and definition of all variables for which data were sought (Item 11)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Description of the characteristics for which data were charted (Item 15)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presentation and description of the relevant data that relate to the review questions and objectives from each individual source (Item 17)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Description of sources of funding for the included sources of evidence and sources of funding for the scoping review (Item 22)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were the methods used to combine studies appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Description of the methods of handling and summarizing the data that were charted (Item 13)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Summary/ Presentation of the charting results as they relate to the review questions and objectives (Item 18)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Summary of the main results (Item 19)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was the likelihood of publication bias assessed?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limitations of the scoping review process (Item 20)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interpretation of the results with respect to the review questions and objectives (Item 21)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Were the specific directives for new research appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anlage 18 Bewertung von Abraham, J. u.a. (2020) nach JBI und PRISMA-ScR²⁸²

Criteria	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is the review question clearly and explicitly stated? (Item 4)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Report can be identified as a scoping review (Item 1)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Structured summary is available (Item 2)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Context of what is already known and indication for the scoping review (Item 3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exist of a review protocol (Item 5)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

²⁸² In Anlehnung an: Joanna Briggs Institute (2020) und PRISMA (2021).

Anlage 18 Fortsetzung

2.	Were the inclusion criteria appropriate for the review question? (Item 6)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Was the search strategy appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Full electronic search strategy for at least one database and limits (Item 8)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Were the sources and resources used to search for studies adequate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Description of all information sources and date of the most recent search (Item 7)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Description of the process for selecting sources (Item 9)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Flow diagram with numbers of sources (Item 14)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Were the criteria for appraising studies appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Description of the methods and how the information was used in any data synthesis (Item 12)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Description of data on critical appraisal of included sources (Item 16)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7.	Were there methods to minimize errors in data extraction?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Description of the methods of charting data from the included sources of evidence (Item 10)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	List and definition of all variables for which data were sought (Item 11)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Description of the characteristics for which data were charted (Item 15)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Presentation and description of the relevant data that relate to the review questions and objectives from each individual source (Item 17)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Description of sources of funding for the included sources of evidence and sources of funding for the scoping review (Item 22)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Were the methods used to combine studies appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Description of the methods of handling and summarizing the data that were charted (Item 13)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Summary/ Presentation of the charting results as they relate to the review questions and objectives (Item 18)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Summary of the main results (Item 19)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Was the likelihood of publication bias assessed?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Limitations of the scoping review process (Item 20)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Interpretation of the results with respect to the review questions and objectives (Item 21)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Were the specific directives for new research appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anlage 19 Bewertung von Lei, R. u.a. (2020) nach JBI und PRISMA-ScR²⁸³

Criteria	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is the review question clearly and explicitly stated? (Item 4)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Report can be identified as a scoping review (Item 1)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Structured summary is available (Item 2)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Context of what is already known and indication for the scoping review (Item 3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exist of a review protocol (Item 5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the inclusion criteria appropriate for the review question? (Item 6)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the search strategy appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Full electronic search strategy for at least one database and limits (Item 8)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were the sources and resources used to search for studies adequate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Description of all information sources and date of the most recent search (Item 7)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Description of the process for selecting sources (Item 9)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flow diagram with numbers of sources (Item 14)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were the criteria for appraising studies appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Description of the methods and how the information was used in any data synthesis (Item 12)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Description of data on critical appraisal of included sources (Item 16)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7. Were there methods to minimize errors in data extraction?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Description of the methods of charting data from the included sources of evidence (Item 10)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
List and definition of all variables for which data were sought (Item 11)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Description of the characteristics for which data were charted (Item 15)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presentation and description of the relevant data that relate to the review questions and objectives from each individual source (Item 17)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Description of sources of funding for the included sources of evidence and sources of funding for the scoping review (Item 22)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were the methods used to combine studies appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Description of the methods of handling and summarizing the data that were charted (Item 13)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

²⁸³ In Anlehnung an: Joanna Briggs Institute (2020) und PRISMA (2021).

Anlage 19 Fortsetzung

Summary/ Presentation of the charting results as they relate to the review questions and objectives (Item 18)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Summary of the main results (Item 19)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was the likelihood of publication bias assessed?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limitations of the scoping review process (Item 20)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interpretation of the results with respect to the review questions and objectives (Item 21)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Were the specific directives for new research appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anlage 20 Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien²⁸⁴

Herausgebende Institution Publikationsdatum Land	Klassifikation der Leitlinie	Zielsetzung, Geltungsbereich und Zielgruppe	Schlüsselfragen/ Gegenstand der Leitlinie	Leitlinienentwicklung	Beurteilung der Evidenz
Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) 2012 Kanada	„Clinical best practice guideline“ (siehe Deckblatt)	“[...] to assist RNs and RPNs ²⁸⁵ to focus on evidence-based best practices within the context of the nurse-client relationship and on strategies for assessment, prevention and use of alternative practices ... to prevent the use of restraints, and move towards restraint-free care in diverse settings such as acute, long-term and home health-care.” (S. 17)	“1. What assessment approaches and tools are available to assist nurses to identify clients at risk for restraint use? 2. What prevention strategies and tools are available to support nurses to care for clients at risk for restraint use? 3. What de-escalation and crisis management techniques are available to support nurses to care for clients at risk for restraint use? [...]” (S. 88) “This guideline focuses on three areas: i. Assessment, Prevention and Alternative Approaches; ii. De-escalation Interventions and Crisis Management; and iii. Restraint Use Focused on Client Safety.” (S. 18)	Entwicklung durch Pflegefachpersonen und Vertreter*innen weiterer Berufsgruppen aus der Praxis, Forschung und Lehre; Literaturrecherche nach relevanten Praxisleitlinien, Systematic Reviews, Studien und Internetseiten; Erstellung einer Übersichtsarbeit zu der identifizierten Literatur; Bildung von Untereinheiten aus Expertinnen und Experten zur Beantwortung der Forschungsfragen und Formulierung von Empfehlungen; Konsensfindung bzgl. der Empfehlungen im gesamten Team, Rückmeldung zum Entwurf der Leitlinie durch externe Interessensvertreter*innen (S. 89)	SIGN (S. 5)
Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) 2016 (Second Edition) Kanada	„Clinical best practice guideline“ (siehe Deckblatt)	“[...] to be used by nurses and other members of the interprofessional health-care team to enhance the quality of their practice pertaining to delirium, dementia, and depression in older adults, ultimately optimizing clinical outcomes through the use of evidence-based practices.” (S. 6)	“1. What are the most effective ways for nurses to screen or assess older adults for delirium, dementia, and depression? 2. What are the most effective approaches for management of older adults with delirium, dementia, and depression? [...]” (S. 121)	Entwicklung durch Pflegefachpersonen und Vertreter*innen weiterer Berufsgruppen aus der Praxis, Forschung und Lehre (S. 21); Literaturrecherche nach relevanten Leitlinien und weiteren Publikationen; Erstellung einer Übersichtsarbeit zu der identifizierten Literatur, Formulierung von Empfehlungen anhand der Evidenz und/oder Konsensfindung (S. 121)	SIGN/ Pati (S. 9)

²⁸⁴ Eigene Darstellung, erstellt am 15.04.2022.²⁸⁵ RNs = Registered Nurses; RPNs = Registered Practical Nurses.

Anlage 20 Fortsetzung

Herausgebende Institution Publikationsdatum Land	Klassifikation der Leitlinie	Zielsetzung, Geltungsbereich und Zielgruppe	Schlüsselfragen/ Gegenstand der Leitlinie	Leitlinienentwicklung	Beurteilung der Evidenz
Lach, H.; Leach, K. The University of Iowa 2014 USA	„[...] evidence-based practice guideline“ (S. 2)	„[...] to assist nurses and other health care professionals in reducing the use of physical restraints for patients in acute care settings.“ (S. 3) “The goal is to move toward restraint-free care.“ (S. 5)	„[...] 1) facilitate the recognition of older adults at risk for restraints to aid in prevention; 2) provide assessment criteria to identify underlying causes of unsafe behavior that will lead to alternative individualized interventions; and 3) assist those in settings that still employ restraints to move toward restraint-free care.“ (S. 3)	Erstellung einer Übersicht zur aktuellen Evidenz und Zusammenführung der Erkenntnisse; kritische Analyse von Leitlinien und Standards (S. 2)	Iowa grading schema (S. 2)
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) 2018 Deutschland	S3-Leitlinie (S. 25)	„[...] Empfehlungen zu Diagnose und Therapie von aggressivem Verhalten auf der Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse und guter Versorgungspraxis zur Verfügung zu stellen. Es soll damit die Grundlage geschaffen werden, Zwangsmaßnahmen und Zwangsunterbringungen zu reduzieren oder zu vermeiden.“ (S. 22) „Zielgruppen [...]: die in der Versorgung psychisch erkrankter Menschen Tätigen [...]“ (S. 23)	„[...] Übersicht über die verfügbare Evidenz zur Behandlung aggressiven Verhaltens bei psychischen Erkrankungen und zur Verhinderung von Zwang in diesem Zusammenhang mit Empfehlungen, die von einem starken Konsens getragen sind.“ (S. 5) „Welcher Zusammenhang besteht zwischen psychischer Erkrankung, Aggression/Gewalt und Zwang? Wie häufig und unter welchen Bedingungen kommt aggressives Verhalten im Rahmen psychischer Erkrankungen vor? [...]“ (Leitlinienreport S. 11)	Entwicklung durch eine Projektgruppe u.a. bestehend aus Psychiater*innen, Pflegewissenschaftler*innen und Vertreter*innen von Betroffenen und Angehörigen; Identifikation der aktuellen Evidenz und Formulierung von Empfehlungen durch Expertinnen und Experten; Diskussion und Abstimmung in der Arbeitsgruppe (S. 25 f.)	Evidenzgrade in Anlehnung an OCEBM ²⁸⁶ (S. 26)

²⁸⁶ OCEBM = Oxford Centre for Evidence Based Medicine.

Anlage 21 Bewertung von RNAO (2012) anhand AGREE II²⁸⁷

Domäne	Item	Bewertung
Domäne 1: Geltungsbereich und Zweck	1. Das / die Gesamtziel(e) ist / sind eindeutig beschrieben.	✓
	2. Die in der Leitlinie behandelte(n) gesundheitsrelevante(n) Frage(n) ist (sind) eindeutig beschrieben.	✓
	3. Die Zielpopulation (z.B. Pflegebedürftige, Bevölkerung) der Leitlinie ist eindeutig beschrieben.	✓
Domäne 2: Beteiligung von Interessengruppen	4. Die Entwicklergruppe der Leitlinie schließt Mitglieder aller relevanten Berufsgruppen ein.	✓
	5. Die Ansichten und Präferenzen der Zielpopulation (z.B. Pflegebedürftige, Bevölkerung) wurden ermittelt.	Unsicher
	6. Die Anwenderzielgruppe der Leitlinie ist eindeutig beschrieben.	✓
Domäne 3: Genauigkeit der Leitlinienentwicklung	7. Es wurde systematisch nach Evidenz gesucht.	✓
	8. Die Kriterien für die Auswahl der Evidenz sind eindeutig beschrieben.	✓
	9. Die Stärken und Schwächen der Evidenz sind eindeutig beschrieben.	✓
	10. Das methodische Vorgehen bei der Formulierung der Empfehlungen ist eindeutig beschrieben.	✓
	11. Der gesundheitliche Nutzen, Nebenwirkungen und Risiken wurden bei der Formulierung der Empfehlungen berücksichtigt.	✓
	12. Die zugrunde liegende Evidenz kann den Empfehlungen eindeutig zugeordnet werden.	✓
	13. Die Leitlinie wurde vor ihrer Veröffentlichung durch externe Expertinnen und Experten begutachtet.	✓
	14. Es existiert ein Verfahren zur Aktualisierung der Leitlinie.	✓
Domäne 4: Klarheit der Gestaltung	15. Die Empfehlungen der Leitlinie sind spezifisch und eindeutig.	✓
	16. Die unterschiedlichen Alternativen für die Behandlung der Erkrankung oder des Gesundheitsproblems sind eindeutig dargestellt.	x
	17. Die Schlüsselempfehlungen der Leitlinie sind einfach zu finden.	✓
Domäne 5: Anwendbarkeit	18. Mögliche förderliche und hinderliche Faktoren für die Anwendung der Leitlinie werden beschrieben.	✓
	19. Die Leitlinie macht Vorschläge und / oder benennt Instrumente, die die Anwendung der Leitlinienempfehlungen unterstützen.	✓
	20. Die möglichen finanziellen Auswirkungen der Leitlinienempfehlungen wurden berücksichtigt.	x
	21. Die Leitlinie nennt Messgrößen für die Bewertung der Prozess- und / oder Ergebnisqualität.	✓
Domäne 6: Redaktionelle Unabhängigkeit	22. Die finanzierende Organisation hat keinen Einfluss auf die Inhalte der Leitlinie genommen.	Unsicher
	23. Interessenkonflikte der Mitglieder der Entwicklergruppe der Leitlinie wurden dokumentiert und bei der Leitlinienerstellung berücksichtigt.	Unsicher

²⁸⁷ Domänen und Items vollständig übernommen aus: Brouwers, M. (2014), S. 22 ff.

Anlage 22 Bewertung von RNAO (2016) anhand AGREE II²⁸⁸

Domäne	Item	Bewertung
Domäne 1: Geltungsbereich und Zweck	1. Das / die Gesamtziel(e) ist / sind eindeutig beschrieben.	✓
	2. Die in der Leitlinie behandelte(n) gesundheitsrelevante(n) Frage(n) ist (sind) eindeutig beschrieben.	✓
	3. Die Zielpopulation (z.B. Pflegebedürftige, Bevölkerung) der Leitlinie ist eindeutig beschrieben.	✓
Domäne 2: Beteiligung von Interessengruppen	4. Die Entwicklergruppe der Leitlinie schließt Mitglieder aller relevanten Berufsgruppen ein.	✓
	5. Die Ansichten und Präferenzen der Zielpopulation (z.B. Pflegebedürftige, Bevölkerung) wurden ermittelt.	✓
	6. Die Anwenderzielgruppe der Leitlinie ist eindeutig beschrieben.	✓
Domäne 3: Genauigkeit der Leitlinienentwicklung	7. Es wurde systematisch nach Evidenz gesucht.	✓
	8. Die Kriterien für die Auswahl der Evidenz sind eindeutig beschrieben.	✓
	9. Die Stärken und Schwächen der Evidenz sind eindeutig beschrieben.	✓
	10. Das methodische Vorgehen bei der Formulierung der Empfehlungen ist eindeutig beschrieben.	✓
	11. Der gesundheitliche Nutzen, Nebenwirkungen und Risiken wurden bei der Formulierung der Empfehlungen berücksichtigt.	✓
	12. Die zugrunde liegende Evidenz kann den Empfehlungen eindeutig zugeordnet werden.	✓
	13. Die Leitlinie wurde vor ihrer Veröffentlichung durch externe Expertinnen und Experten begutachtet.	✓
	14. Es existiert ein Verfahren zur Aktualisierung der Leitlinie	✓
Domäne 4: Klarheit der Gestaltung	15. Die Empfehlungen der Leitlinie sind spezifisch und eindeutig.	✓
	16. Die unterschiedlichen Alternativen für die Behandlung der Erkrankung oder des Gesundheitsproblems sind eindeutig dargestellt.	x
	17. Die Schlüsselempfehlungen der Leitlinie sind einfach zu finden.	✓
Domäne 5: Anwendbarkeit	18. Mögliche förderliche und hinderliche Faktoren für die Anwendung der Leitlinie werden beschrieben.	✓
	19. Die Leitlinie macht Vorschläge und / oder benennt Instrumente, die die Anwendung der Leitlinienempfehlungen unterstützen.	✓
	20. Die möglichen finanziellen Auswirkungen der Leitlinienempfehlungen wurden berücksichtigt.	✓
	21. Die Leitlinie nennt Messgrößen für die Bewertung der Prozess- und / oder Ergebnisqualität.	✓
Domäne 6: Redaktionelle Unabhängigkeit	22. Die finanzierende Organisation hat keinen Einfluss auf die Inhalte der Leitlinie genommen.	Unsicher
	23. Interessenkonflikte der Mitglieder der Entwicklergruppe der Leitlinie wurden dokumentiert und bei der Leitlinienerstellung berücksichtigt.	✓

²⁸⁸ Domänen und Items vollständig übernommen aus: Brouwers, M. (2014), S. 22 ff.

Anlage 23 Bewertung von Lach, H.; Leach, K. (2014) anhand AGREE II²⁸⁹

Domäne	Item	Bewertung
Domäne 1: Geltungsbereich und Zweck	1. Das / die Gesamtziel(e) ist / sind eindeutig beschrieben.	✓
	2. Die in der Leitlinie behandelte(n) gesundheitsrelevante(n) Frage(n) ist (sind) eindeutig beschrieben.	x
	3. Die Zielpopulation (z.B. Pflegebedürftige, Bevölkerung) der Leitlinie ist eindeutig beschrieben.	✓
Domäne 2: Beteiligung von Interessengruppen	4. Die Entwicklergruppe der Leitlinie schließt Mitglieder aller relevanten Berufsgruppen ein.	Unsicher
	5. Die Ansichten und Präferenzen der Zielpopulation (z.B. Pflegebedürftige, Bevölkerung) wurden ermittelt.	x
	6. Die Anwenderzielgruppe der Leitlinie ist eindeutig beschrieben.	✓
Domäne 3: Genauigkeit der Leitlinienentwicklung	7. Es wurde systematisch nach Evidenz gesucht.	✓
	8. Die Kriterien für die Auswahl der Evidenz sind eindeutig beschrieben.	x
	9. Die Stärken und Schwächen der Evidenz sind eindeutig beschrieben.	✓
	10. Das methodische Vorgehen bei der Formulierung der Empfehlungen ist eindeutig beschrieben.	✓
	11. Der gesundheitliche Nutzen, Nebenwirkungen und Risiken wurden bei der Formulierung der Empfehlungen berücksichtigt.	✓
	12. Die zugrunde liegende Evidenz kann den Empfehlungen eindeutig zugeordnet werden.	✓
	13. Die Leitlinie wurde vor ihrer Veröffentlichung durch externe Expertinnen und Experten begutachtet.	Unsicher
	14. Es existiert ein Verfahren zur Aktualisierung der Leitlinie	Unsicher
Domäne 4: Klarheit der Gestaltung	15. Die Empfehlungen der Leitlinie sind spezifisch und eindeutig.	✓
	16. Die unterschiedlichen Alternativen für die Behandlung der Erkrankung oder des Gesundheitsproblems sind eindeutig dargestellt.	x
	17. Die Schlüsselempfehlungen der Leitlinie sind einfach zu finden.	✓
Domäne 5: Anwendbarkeit	18. Mögliche förderliche und hinderliche Faktoren für die Anwendung der Leitlinie werden beschrieben.	✓
	19. Die Leitlinie macht Vorschläge und / oder benennt Instrumente, die die Anwendung der Leitlinienempfehlungen unterstützen.	✓
	20. Die möglichen finanziellen Auswirkungen der Leitlinienempfehlungen wurden berücksichtigt.	Unsicher
	21. Die Leitlinie nennt Messgrößen für die Bewertung der Prozess- und / oder Ergebnisqualität.	x
Domäne 6: Redaktionelle Unabhängigkeit	22. Die finanzierende Organisation hat keinen Einfluss auf die Inhalte der Leitlinie genommen.	Unsicher
	23. Interessenkonflikte der Mitglieder der Entwicklergruppe der Leitlinie wurden dokumentiert und bei der Leitlinienerstellung berücksichtigt.	x

²⁸⁹ Domänen und Items vollständig übernommen aus: Brouwers, M. (2014), S. 22 ff.

Anlage 24 DGPPN (2018): Beurteilung der Evidenz und Empfehlungen²⁹⁰

Evidenzgrade (in Anlehnung an OCEBM)	Empfehlungsgrade
<ul style="list-style-type: none"> • „Evidenzgrad 1: Systematisches Review, das mehrere randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) einschließt • Evidenzgrad 2: Randomisierte kontrollierte Studie oder Beobachtungsstudie mit dramatischem Effekt • Evidenzgrad 3: Nicht-randomisierte kontrollierte Studie • Evidenzgrad 4: Vorher-Nachher-Vergleiche, Fall-Kontroll-Studien, Fallserien • Evidenzgrad 5: Theoretisch hergeleitete Empfehlungen, Expertenmeinungen“ (S. 26) 	<ul style="list-style-type: none"> • „Starke Empfehlung, Soll-Empfehlung, Empfehlungsgrad A: [...] wenn zu der Methode Studien der Kategorie 1 oder 2 vorliegen • Empfehlung, Sollte-Empfehlung, Empfehlungsgrad B: [...] wenn zu der Methode Studien der Kategorie 3 oder 4 vorliegen. (Wenn eine Studie der Kategorie 1 oder 2 vorliegt, aus der die Empfehlung für eine Methode extrapoliert werden muss, bspw. weil andere Populationen oder Settings untersucht wurden, dann erhält sie ebenfalls die Empfehlungsstärke B) • Vorschlag, Kann-Empfehlung, Empfehlungsgrad 0: [...] wenn zu der Methode Studien der Kategorie 5 vorliegen. (Wenn Studien der Kategorie 3 oder 4 vorliegen, aus der die Empfehlung für eine Methode extrapoliert werden muss, dann erhält sie ebenfalls die Empfehlungsstärke 0)“ (S. 27 f.)

Anlage 25 RNAO (2012): Beurteilung der Evidenz nach SIGN²⁹¹

Levels of Evidence	
Ia	Evidence obtained from systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.
Ib	Evidence obtained from at least one well-designed randomized controlled trial.
IIa	Evidence obtained from at least one well-designed controlled study without randomization.
IIb	Evidence obtained from at least one other type of well-designed quasi-experimental study, without randomization.
III	Evidence obtained from well-designed non-experimental descriptive studies, such as comparative studies, correlation studies and case studies.
IV	Evidence obtained from expert committee reports or opinions and/or clinical experiences of respected authorities.

²⁹⁰ Tabelleninhalt vollständig übernommen aus: DGPPN (2018), S. 26 f.

²⁹¹ Enthalten in: RNAO (2012), S. 8 (bei identischer Übernahme).

Anlage 26 RNAO (2016): Beurteilung der Evidenz nach NICE und Pati (2011)²⁹²

Level	Source of evidence
Ia	Evidence obtained from meta-analysis or systematic reviews of randomized controlled trials, and/or synthesis of multiple studies primarily of quantitative research.
Ib	Evidence obtained from at least one randomized controlled trial.
IIa	Evidence obtained from at least one well-designed controlled study without randomization.
IIb	Evidence obtained from at least one other type of well-designed quasi-experimental study, without randomization.
III	Synthesis of multiple studies primarily of qualitative research.
IV	Evidence obtained from well-designed non-experimental observational studies, such as analytical studies or descriptive studies, and/or qualitative studies.
V	Evidence obtained from expert opinion or committee reports, and/or clinical experiences of respected authorities.

Anlage 27 Lach, H.; Leach, K. (2014): Beurteilung der Evidenz²⁹³

A1	“Evidence from well-designed meta-analysis or well-done systematic review with results that consistently support a specific action (e.g., assessment, intervention, or treatment)
A2	“Evidence from one or more randomized controlled trials with consistent results
B1	Evidence from high quality Evidence-Based practice guideline
B2	Evidence from one or more quasi experimental studies with consistent results
C1	Evidence from observational studies with consistent results (e.g., correlational, descriptive studies)
C2	Inconsistent evidence from observational studies or controlled trials
D	Evidence from expert opinion, multiple case reports, or national consensus reports” (S. 2)

²⁹² Enthalten in: RNAO (2016), S. 9 (bei identischer Übernahme).

²⁹³ Tabelleninhalt vollständig übernommen aus: Lach, H.; Leach, K. (2014), S. 2.

Anlage 28 Evidenz und Empfehlungen aus den systematischen Übersichtsarbeiten²⁹⁴

Evidenzgrundlage	Schlussfolgerungen/ Empfehlungen
Alostaz, Z. et al. (2022)	
<p>Pflegerische Strategien zur Vermeidung von Fixierungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – „studies examined multicomponent, non-pharmacological interventions for minimizing PR²⁹⁵ use [...]” (n = 7), [...] core PR minimization component was education [...] (n = 7) (S. 5): <ul style="list-style-type: none"> • “[...] decision aid tools or protocols ... to assist nurses in making decisions on PR application” (n = 4) • “[...] alternatives including less restrictive forms of restraint” (n = 4) • “[...] daily nursing PR rounds to facilitate decision-making” (n = 1) • “[...] use of audit/feedback of PR and self-extubation rates” (n = 1) (S. 5) – “[...] ICU nurses as principal recipients of the implementation interventions” (n = 7), “[...] also educated physicians, patients and their family members” (n = 1) (S. 6) <p>Outcome der Maßnahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – “[...] initial decrease in PR use post implementation of minimization interventions” (n = 7), “Long term results [...] were not reported.” – “[...] use of PR was reduced without increase in device removals [...] or chemical restraint use” (S. 8) – “[...] slight increase in self-extubation rates after PR reduction but no information about statistically significant change from baseline was provided” (n = 2) (S. 8) 	<ul style="list-style-type: none"> – “Without the framework-based identification and amelioration of barriers, [...] practice change might not be sustainable.” (S. 8) – “The evidence informing PR minimization interventions would ideally be based upon empirical data demonstrating positive short or long-term patient health outcomes and cost effectiveness.” (S. 8) – “Decision aids could help to define patient eligibility or the timing of PR application and removal.”, [...] replacements such as mittens may act as an evidence-based intervention that targets similar short or long-term patient-oriented health outcomes.” (S. 8) – “Patient and/or family involvement is important.”, [...] provides opportunities for patients to share their lived experiences. This could motivate clinicians to consider practice changes.” (S. 9) – “The focus on nurses could reflect the perception of PR as a nursing rather than an interprofessional team responsibility. The involvement of clinicians from all professions is important.” (S. 9) – “[...] explorations of the external factors could provide further explanations, such as the possibility of the reinforcement of compliance in pay-for-performance systems.” (S. 9) – “In the absence of data on quality [...] and safety [...], clinicians may retain risk-averse beliefs and continue the routine use of PR.” (S. 9)

²⁹⁴ Eigene Darstellung, erstellt am 16.04.2022.²⁹⁵ PR = physical restraint.

Anlage 28 Fortsetzung

Evidenzgrundlage	Schlussfolgerungen/ Empfehlungen
Abraham, J. et al. (2020)	
<p>Pflegerische Strategien zur Vermeidung von Fixierungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - "single-component interventions" (n = 5): <ul style="list-style-type: none"> • "education" (n = 4) • "[...] pressure sensors in bed and chair as alternatives to physical restraints." (n = 1) (S. 3190) - "Most interventions comprised more than one component [...]" <ul style="list-style-type: none"> • "[...] majority of the multicomponent interventions ... included an educational component." (n = 23) • "[...] multidisciplinary rounds, nursing rounds or audits" (n = 8), "[...] information on or the provision of alternatives [...]" (n = 8), "[...] monitoring of patients with physical restraints" (n = 7), "case conferences" (n = 6), "training multipliers" (n = 5), "offering general information for specific groups such as family members or physicians, "implementation of policy change" (n = 3), "consultation" (n = 7), "establishing a specialised team for reducing physical restraints (n = 3)", "assessment tool (n = 3)", "administrative support (n = 3)", "adaption of documentation (n = 2)", "delivery of activity or orientation programmes (n = 3)", "provision of decision support tools (n = 3)" ... "adaption of regulations (n = 2)", "de-escalation management" (n = 1), "delirium screening" (n = 1), "guideline development" (n = 1), "... feedback or observation at bedside" (n = 1) (S. 3194) • "[...] multidisciplinary committees or committees without further description [...]" to support the implementation of restraint reduction strategies." (n = 12) (S. 3190) <p>Outcome der Maßnahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - "[...] studies and projects investigating educational approaches [...] the use of physical restraints decreased" (n = 27) (S. 3195) - "[...] no reduction in physical restraint use" (n = 3), "[...] increase in physical restraint use" (n = 1), "[...] studies and projects assessed adverse events and reported that no adverse events occurred (n = 14) (S. 3195) - "[...] reduction in the number of falls" (n = 2), "[...] reduced number of fall-related injuries" (n = 1) "[...] no differences in the prescription of psychotropic medications between groups" (n = 1), "reduction" (n = 1) (S. 3195) - "[...] no increase in treatment interruption" (n = 2) "[...] or self-extubation rates" (n = 4) (S. 3195) 	<ul style="list-style-type: none"> - "[...] majority of studies and projects ... used study designs that are generally prone to bias ... and the results about the effects of the interventions should be interpreted with caution." (S. 3197) - "[...] education and other components to implement a least restraint policy in clinical practice might be one approach for reducing ... physical restraints." (S. 3197) - "If such an intervention will be implemented, the cost and benefits should be monitored and weighed carefully." (S. 3197)

Anlage 28 Fortsetzung

Evidenzgrundlage	Schlussfolgerungen/ Empfehlungen
Lei, R. et al. (2020)	
<p>Pflegerische Strategien zur Vermeidung von Fixierungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „[...] delivery of continuing professional education” (n = 12) <ul style="list-style-type: none"> • “[...] classroom-based face-to-face delivery methods” (n = 9) • “[...] online and on-site teaching [...]” (n = 3) (S. 4) - “[...] courses mainly provided theoretical learning ... delivered by classroom-based teaching”, “[...] practice guidance or supervision by setting up quality improvement teams.” (n = 3) (S. 4) - “Demonstrations of physical restraint tools and alternative devices [...]” (n = 3) (S. 4) - “To enhance the sustainability of learning, leaflets, posters, and follow-up self-study modules were used [...]” (S. 4) - “[...] it seems hard for all nurses to participate in on-site courses at the same time: <ul style="list-style-type: none"> • “[...] brief in-service offerings (15-20 minutes two or three times in medical units.” (n = 1) • “[...] PowerPoint presentation on the hospital website” (n = 1) • “[...] provided the videotape of the lecture to nurses who could not attend.” (n = 1) (S. 4) - “[...] nurse education materials ... : PowerPoint presentations, discussions, classroom-based lectures, workshops, practical sessions, narrations, question-and-answer sessions, technical demonstrations, scenario simulations, and videotapes” (S. 4) <p>Outcome der Maßnahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - “[...] scores of post-educational intervention was significantly higher than scores of pre-educational intervention.”, “[...] nurse education could effectively improve nurses’ knowledge, attitude, and practice of physical restraints.” (S. 4) - “[...] after the educational intervention, the number of patients restrained or length of days of physical restraints decreased” (n = 4) (S. 4) - “[...] number of restraint-related complications decreased” (n = 3) (S. 4) 	<ul style="list-style-type: none"> - “[...] it seems that reducing physical restraint use requires practical skills in decision-making, assessing, and releasing.” (S. 11) - “Online courses, compared with on-site courses, have the advantages of convenience, flexibility, and repeatability, which allows nurses to arrange their study time freely.” (S. 11) - “[...] online courses are still in the exploratory stage and should be further developed. In addition to content development, online scenario simulations, testing, expert consultations, and communication between nurses and other teaching methods should be adopted.” (S. 11) - “[...] it is unclear whether the design of curricula, learning activities, and techniques met the specific needs and satisfied all participants.” (S. 11) - “[...] it seems that the best way to measure outcomes of education activities is to simultaneously evaluate nurses’ perceptions or satisfaction with training programmes and the knowledge, attitude, and behaviours of nurses, as well as patient-related outcomes.” (S. 12) - “In the pre-test-post-test design of most studies, the results may be influenced by factors other than educational strategies. Therefore, the risk of bias and the validity and reliability of the results should be taken into account when referring to the educational strategies.” (S. 12) - “Our main recommendation for practice is to implement education of physical restraints [...]. [...] online courses should be further developed so that nurses can arrange their own time to get involved in learning activities. [...] practical sessions and simulated scenarios should be added [...]. [...] the reaction of participants and patient-related outcomes, such as rate of physical restraint use, length of days of patients restrained, and incidence of complications [...]” (S. 12)

Anlage 29 RNAO (2012): Evidenz und Empfehlungen²⁹⁶

Empfehlungen aus der Leitlinie	Evidenzgrad
Praktische Empfehlungen	
“Nurses establish a therapeutic relationship with the client who is at risk of harm to self/ others to help prevent the use of restraints.” (S. 22)	IV
“Nurses should assess the client on admission and on an ongoing basis to identify any risk factors that may result in the use of restraints.” (S. 23)	IIb
“Nurses should utilize clinical judgment and validated assessment tools to assess clients at risk for restraint use.” (S. 30)	IIb
“Nurses in partnership with the interprofessional team and client/family/substitute decision-makers (SDM) should create an individualized plan of care that focuses on alternative approaches to the use of restraints.” (S. 31)	IIb
“Nurses in partnership with the interprofessional team should continuously monitor and re-evaluate the client’s plan of care based on observation and/or concerns expressed by the client and/or family/SDM.” (S. 35)	IV
“Nurses in partnership with the interprofessional team should implement multicomponent strategies to prevent the use of restraints for clients identified at risk.” (S. 36)	IIa
“Nurses in partnership with the interprofessional team should implement de-escalation and crisis management techniques and mobilize the appropriate resources to promote safety and mitigate risk of harm for all in the presence of escalating responsive behaviours.” (S. 38)	IIb
“Nurses in partnership with the interprofessional team should engage in care practices that minimize any risk to the client’s safety and well-being throughout the duration of any restraining process.” (S. 39)	IV
Empfehlungen zu Edukationsmaßnahmen	
<p>“Education on working with clients at risk for the use of restraints should be included in all entry to practice nursing curricula as well as ongoing professional development opportunities with specific emphasis on:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Approaches to care: (e.g. trauma informed care) – Communication and education of client/family/SDM and key components of debriefing – Education on nursing responsibilities for the proper application of restraints – Ethical decision-making – Knowledge of diagnoses and common triggers associated with responsive behaviours putting clients at risk for the use of restraints – Interprofessional collaboration; – Knowledge of basic prevention, alternative approaches, de-escalation and crisis management; – Monitoring and documentation responsibilities; – Nurses’ responsibilities regarding self-reflection and exploring their values and beliefs surrounding the use of restraints and threats to client autonomy and human rights; – Therapeutic nurse client relationships; client-centred care and client rights; – Types of restraints (least to most restrictive) and associated safety risks, and the potential complications from the use of restraints; and – Understanding of the legal and legislative requirements governing the use of restraints.” (S. 44) 	IIb

²⁹⁶ Tabelleninhalte vollständig übernommen aus: RNAO (2012), S. 22 ff.

Anlage 29 Fortsetzung

Empfehlungen zur Organisation und zu Richtlinien	
<p>“Health-care organizations should implement risk management and quality improvement strategies to enable a culture that promotes alternative approaches to the use of restraints:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Establishing a definition of what is a restraint; – Developing a philosophy that promotes alternative approaches to the use of restraints; – Establishing a restraint reduction/prevention policy; – Developing structures that allow for early identification of clients at risk of harm to self/others placing them at risk for the use of restraints; – Educating the client/family/SDM about the associated risks of restraint use and exploring their concepts of safety; – Establishing a multi-component program including staff education on alternative strategies to the use of restraints; – Using alternative approaches, de-escalation and crisis management as the first and second line intervention strategies prior to the use of restraints as a safety measure of last resort; – Establishing monitoring protocols for clients and the documentation requirements for the duration of any restraining episode; – Establishing communication responsibilities and debriefing procedures for client/family/SDM and the interprofessional team; and – Establishing evaluation programs to monitor the rate of restraint use, the uptake of alternative approaches to the use of restraints, and the impact on client/family/SDM and interprofessional team safety.” (S. 46) 	Ib
<p>“The organization’s model of care should promote an interprofessional team approach in collaboration with the client/family/SDM that supports the use of alternative approaches and prevents the use of restraints.” (S. 48)</p>	III
<p>“Organizations may wish to develop a plan for implementation that includes:</p> <ul style="list-style-type: none"> – An assessment of organizational readiness and barriers to education, taking into account local circumstances. <ul style="list-style-type: none"> • Involvement of all members (whether in a direct or indirect supportive function) who will contribute to the implementation process. • Ongoing opportunities for discussion and education to reinforce the importance of best practices. • Dedication of a qualified individual to provide the support needed for the education and implementation process. • Opportunities for reflection on personal and organizational experience in implementing guidelines.” (S. 50) 	IV

Anlage 30 RNAO (2016): Evidenz und Empfehlungen²⁹⁷

Empfehlungen aus der Leitlinie	Evidenzgrad
Praktische Empfehlungen	
<p>“Exercise caution in prescribing and administering medication to older adults (within the health-care provider’s scope of practice), and diligently monitor and document medication use and effects, paying particular attention to medications with increased risk for older adults and polypharmacy.” (S. 41)</p>	Ia
<p>“Use principles of least restraint/restraint as a last resort when caring for older adults.” (S. 43)</p>	V

²⁹⁷ Tabelleninhalte vollständig übernommen aus: RNAO (2016), S.41 ff.

Anlage 31 Lach, H.; Leach, K. (2014): Evidenz und Empfehlungen²⁹⁸

Empfehlungen aus der Leitlinie	Evidenzgrad
Empfehlungen für Pflegefachpersonen	
<p>“Identify patient characteristics associated with use of restraints to aid in prevention and early identification. [...] The following patient characteristics are associated with restraint use:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Age (Evidence Grade = C2). [...] – Interfering with or pulling out medical devices such as intravenous lines, catheters, nasogastric tubes, and endotracheal tubes (Evidence Grade= C1). [...] – Falls (Evidence Grade=C1). [...] – Altered mental status (Evidence grade=C1). [...] – Agitated state or restless behaviors (Evidence Grade=C1). [...] – Physical dependence (Evidence Grade=C2). [...] – Incontinence or elimination problems (Evidence Grade=D) [...] – Polypharmacy (Evidence Grade=C2). [...]“ (S. 6 f.) 	C1 und C2
<p>“Identify the risks associated with use of physical restraint to encourage use of restraint alternatives and reduce risks to patients. [...] The following are problems that have resulted from the use of physical restraint:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Death, often caused by strangulation, asphyxiation or trauma (Evidence Grade= B1) [...] – Increased risk for extubation (Evidence Grade=C1). [...] – Deep venous thrombosis and pulmonary embolism (Evidence Grade=D). [...] – Local skin or nerve injury such as bruises, swelling, redness, skin tears or scrapes (Evidence Grade=C2). [...] – Increased risk for falls (Evidence Grade=C1). [...] – Increased levels of chronic confusion (dementia), agitation or acute confusion (delirium) (Evidence Grade=C1) [...] – Immobilization (Evidence Grade=C1). [...] – Emotional distress (Evidence Grade=C1). [...] – Violation of patients’ rights (Evidence Grade=B). [...] – Risk of being sued for restraint use as poor standard of care (Evidence Grade=C2). [...]“ (S. 7 f.) 	B1, C1, C2 und D
<p>“Identify underlying causes of unsafe patient behavior through a thorough nursing assessment to promote early intervention using restraint alternatives. Nurses should conduct a thorough nursing assessment to look for treatable and reversible causes of unsafe behaviors, including physiological, psychological and environmental causes (Evidence Grade=B1). [...] assessment should include the following specific items:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ask the patient what s/he wants/needs or why the behavior took place (Evidence Grade=D). [...] – Assess the patient’s mental status (Evidence Grade=D). [...] – Assess the patient for physiological factors that may be associated with behavior problems (Evidence Grade=C2). [...] – Evaluate medications (Evidence Grade=D). [...] – Assess the patient’s psychological status (Evidence Grade= C2) [...] – Assess the environment (Evidence Grade=C2) [...]“ (S. 3 ff.) 	B1, C2 und D

²⁹⁸ Tabelleninhalte vollständig übernommen aus: Lach, H.; Leach, K. (2014), S. 6 ff.

Anlage 31 Fortsetzung

<p>“Apply individualized interventions for unsafe behavior in order to either remove the underlying cause of the behavior, or manage the behavior, using restraint alternatives. Use factors related to the patient’s unsafe behavior to develop an individualized plan of care to target interventions (Evidence Grade = B1). [...]”</p> <ul style="list-style-type: none"> – Physical/Physiologic Approaches <ul style="list-style-type: none"> • Eliminate bothersome treatments or devices as soon as possible (Evidence Grade=C2). [...] • Implement measures to reduce treatment interference (Evidence Grade=C2) [...] • Implement evidence based fall and injury prevention measures (Evidence Grade =C2). [...] • Provide appropriate pain management (Evidence Grade=B1). [...] • Address elimination needs proactively (Evidence Grade=D). [...] – Psychological Approaches <ul style="list-style-type: none"> • Communicate with patient (Evidence Grade=C2) [...] • Involve family in care (Evidence Grad=C2). [...] • Provide distractions and activities to keep patients busy (Evidence Grade=C1). [...] • Address confusion, agitation and delirium (Evidence Grade=C2). [...] • Provide familiar people (Evidence Grade=C2) [...] – Environmental Modifications <ul style="list-style-type: none"> • Remove hazards (Evidence Grade=D). [...] • Support sensory input (Evidence Grade=C2). [...] • Provide appropriate environment (Evidence Grade=C2) [...] • Provide increased surveillance (Evidence Grade=C2) [...] • Reduce excessive or annoying environmental stimuli (Evidence Grade=C2). [...] <p>“[...]” (S. 10 ff.)</p>	B1, C1, C2 und D
Empfehlungen für akutstationäre Einrichtungen	
<p>“Identify staff characteristics associated with restraint use to aid in development of practice change initiatives. [...] Characteristics of staff or factors associated with restraint use include the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Lack of knowledge about restraints (Evidence Grade=B2). [...] – The belief of nurses in the efficacy of physical restraints (Evidence Grade=C2). [...] – High patient to nursing staff ratios (Evidence Grade=C2). [...] – Fear of litigation (Evidence Grade=C2) [...] – Minimal interdisciplinary collaboration (Evidence Grade=C2) [...].” (S. 13) 	B2 und C2

Anlage 31 Fortsetzung

<p>“Implement institutional policies, procedures, and processes that support a restraint free environment. Strong administrative support is essential for a restraint-free culture (Evidence Grade=C1).</p> <ul style="list-style-type: none"> – Adopt formal mission/philosophy statements (Evidence Grade=C2). [...] – Establish a restraint elimination committee, taskforce, or team (Evidence Grade=B2) [...] – Monitor the use of restraints (Evidence Grade=C1). [...] – Provide staff education (Evidence Grade=B2). [...] – Implement decision support tools (Evidence Grade=C2) [...] – Provide equipment and supplies that support restraint free care. [...] <ul style="list-style-type: none"> • Restraint reduction programs have provided supplies readily available on the nursing unit, including a variety of diversion or distraction activities ... (Evidence Grade B2) [...] • Other products and furniture address unsafe behaviors (Evidence Grade C2) [...] – Address patient care issues related to restraints, particularly falls, extubation, and delirium (Evidence Grade=C2). [...] – Promote sharing of restraint alternatives and successful interventions (Evidence Grade= B2). [...] – Provide for interdisciplinary consultation between staff nurses and other members of the interdisciplinary team (Evidence Grade=B2). [...] – Ensure adequate nurse staffing and provide consistent patient assignments to the extent possible (Evidence Grade=C1). [...] – Test and evaluate patient interventions through a continuous quality improvement (CQI) approach (Evidence Grade=C2). [...].” (S. 13 ff.) 	B2, C1 und C2
--	---------------

Anlage 32 DGPPN (2018): Evidenz und Empfehlungen²⁹⁹

Empfehlungen aus der Leitlinie	Evidenzgrad	Empfehlungsgrad
<p>„Zur Reduktion von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen sollen Nachbesprechungen nach Zwangsmaßnahmen angeboten, durchgeführt und dokumentiert werden. Den Patienten sollen als Alternativen zur Isolierung entsprechende Rückzugsräume mit der Möglichkeit zur Beruhigung und Beschäftigung angeboten werden. [...] Konsens 94 % Zustimmung in der Onlineumfrage“ (S. 241)</p>	3	A
<p>„Instrumente zur strukturierten Risikoeinschätzung und Instrumente zur frühen Intervention bei Eskalation sollen in psychiatrischen Kliniken zur Reduktion von Zwang und Gewalt eingesetzt werden. [...] Starker Konsens 100 % Zustimmung in der Onlineumfrage“ (S. 242)</p>	2	A
<p>„Komplexe, strukturierte Behandlungsprogramme zur Reduktion von Zwang sollen durchgeführt und von der Klinikleitung ausdrücklich unterstützt werden. [...] Starker Konsens 100 % Zustimmung in der Onlineumfrage“ (S. 247)</p>	2	A

²⁹⁹ Tabelleninhalte vollständig übernommen aus: DGPPN (2018), S. 241 ff.

Anlage 33 Risikofaktoren für die Anwendung von Fixierungen³⁰⁰

"Examples of Predisposing Risk Factors for Restraint Use	"Examples of Precipitating Risk Factors for Restraint Use
<ol style="list-style-type: none"> 1. Advancing Chronological Age 2. Cognitive Changes <ul style="list-style-type: none"> • Moderate-severe dementia • Trauma 3. Decreased/Inability to Communicate <ul style="list-style-type: none"> • Aphasia 4. Fecal & Urinary Incontinence 5. History of Falls/ Fear of Falls 6. Increasing Dependence <ul style="list-style-type: none"> • Decline in mobility • Increasing dependence for activities of daily living 7. Psychiatric Conditions 8. Responsive Behaviours <ul style="list-style-type: none"> • Aggression, history of violence, injury to self or others • Anxiety • Challenging/Disruptive behaviours • Restlessness, wandering • Risk of injury to self or others 9. Sensory Impairments <ul style="list-style-type: none"> • Deafened or hard of hearing • Blind or low-vision impairment" (S. 24) 	<p>Cognitive Changes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Delirium • Dementia • Sundowning • Unable to remember instructions <p>Decreased Mobility:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bedridden • Lack of assistive devices <p>Environmental Factors:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Music • Noise • Temperature • Unfamiliar environment <p>Falls</p> <p>Medications Influences:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alcohol and substance abuse • Benzodiazepines • New medications • Polypharmacy • Psychoactive agents • Unanticipated side effects <p>Multiple Admissions</p> <p>Surgery/ Procedural Interruptions</p> <p>Unmet needs:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anxiety • Fear • Hunger • Pain • Thirst • Toileting" (S. 28)

³⁰⁰ Tabelleninhalte vollständig übernommen aus: RAO (2012) S. 24 ff.

Literaturverzeichnis

- Abraham, J. u.a. (2020): Interventions to reduce physical restraints in general hospital settings: A scoping review of components and characteristics. In: *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 29 (2020), Nr. 17-18, <https://doi.org/10.1111/jocn.15381> (Stand: 12.05.2022), S. 3183-3200.
- Abraham, J. u.a. (2021): Entwicklung und Machbarkeit einer Intervention zur Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen im Krankenhaus. Eine Mixed Methods-Studie, <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000864>, (Stand: 02.05. 2022), S. 1-9.
- Abraham, J.; Möhler, R. (2021): Routinen hinterfragen und neu gestalten. Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen im Krankenhaus. In: *Die Schwester | Der Pfleger*, Jg. 21 (2021), Heft 12, S. 46-51.
- Alostaz, Z. u.a. (2022): Implementation of nonpharmacologic physical restraint minimization interventions in the adult intensive care unit: A scoping review. In: *Intensive & Critical Care Nursing*, Vol. 69 (2022), <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103153> (Stand: 12.05.2022), S. 1-11.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)-Ständige Kommission Leitlinien (Hrsg.) (2020): AWMF-Regelwerk „Leitlinien“, 2. Aufl., <https://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html> (Stand: 12.05.2022), S. 1-307.
- Aromataris, E. u.a. (2015): Summarizing systematic reviews: methodological development, conduct and reporting of an umbrella review approach. In: *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, Vol. 13 (2015), S. 132-140.
- Brouwers, M. u.a. (2014): AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare, deutsche Version, https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2014/03/AGREE_II_German-Version.pdf (Stand: 28.04.2022), S. 1-63.
- Burckhardt, M. (2018): Evidenzbasierte Pflege. Aufbau des weiterbildenden Masterstudiengangs "Advanced Nursing Practice" im Rahmen des BMBF-Verbundprojektes PuG. Bochum: Hochschule für Gesundheit (Hrsg.), Lehrmaterial von der Autorin zur Verfügung gestellt.
- Burckhardt, M. (2021): Implementierung von Leitlinienempfehlungen im Rahmen interprofessionell erstellter, klinischer Behandlungspfade. Ein Methodenkonzept. In: Simon, A.; Hommel, O. (Eds.): *Pflege auf dem Weg. Festschrift zur Emeritierung von Prof.in Dr. Elisabeth Holoch*, Stuttgart 2021, S. 65-76.
- Chiang, A. C.; Ellis, P.; Zon, R. (2017): Perspectives on the Use of Clinical Pathways in Oncology Care. In: *American Society of Clinical Oncology educational book*, Vol. 37 (2017), https://doi.org/10.1200/EDBK_17553 (Stand: 20.04.2022), S. 155–159.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (Hrsg.) (2018): S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“, S. 1-307.

- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2013): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege, 1. Aktualisierung, Osnabrück.
- Elm, E.; Schreiber, G.; Haupt, C. C. (2019): Methodische Anleitung für Scoping Reviews (JBI-Methodologie). In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ), Vol. 143 (2019), S. 1-7.
- Evans, D.; Wood, J.; Lambert, L. (2003): INTEGRATIVE LITERATURE REVIEWS AND META-ANALYSES, Patient injury and physical restraint devices: a systematic review, Vol. 41 (2003), Nr. 3, S. 274-282.
- Grindlay, D.; Karantana, A. (2018): Putting the 'systematic' into searching – tips and resources for search strategies in systematic reviews. In: Journal of Hand Surgery, Vol. 43 (2018), Nr. 6, S. 674-678.
- Hein, G.; Noll, T. (2019): Freiheitsentziehende Maßnahmen, Rechtliche Perspektiven von Fixierungen. In: Deutsches Ärzteblatt, 116. Jg. (2019), Heft 46, S. 2150-2151.
- Heinze, C.; Dassen, T.; Grittner, U. (2011): Use of physical restraints in nursing homes and hospitals and related factors: a cross-sectional study. In: Journal of Clinical Nursing, Vol. 21 (2012), Nr. 7-8, S. 1033-1040.
- Joanna Briggs Institute (2020): CHECKLIST FOR SYSTEMATIC REVIEWS AND RESEARCH SYNTHESSES, Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews, <https://jbi.global/critical-appraisal-tools> (Stand: 05.04.2022).
- John Wiley & Sons, Inc. (2022): Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints of older people in general hospital settings, <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012476/full> (Stand: 05.03.2022).
- Kastner, M. u.a. (2015): Guideline uptake is influenced by six implementability domains for creating and communicating guidelines: a realist review. In: Journal of Clinical Epidemiology, Vol. 68(2015), Nr. 5, S. 498-509.
- Kirsch, S. (2018): Werdenfelser Weg – Holzweg oder Königsweg? In: Heilberufe / Das Pflege magazin, 70 Jg. (2018), Heft 1, S. 10-12.
- Kirsch, S.; Wassermann, J. (2022): Werdenfelser Weg – Das Original. Idee, <https://www.werdenfelser-weg-original.de/idee/> (Stand: 05.03.2022).
- Kleibel, V.; Mayer, H. (2011): Literaturrecherche für Gesundheitsberufe, 2. überarbeitete Aufl., Wien.
- Köpke, S. u.a. (2015): Leitlinie FEM - Evidenzbasierte Praxisleitlinie, Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege, 1. Aktualisierung 2015, 2. Auflage, Universität zu Lübeck & Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Krüger, C. u.a. (2013): Use of physical restraints in acute hospitals in Germany: A multi-centre cross-sectional study. In: International Journal of Nursing Studies, Vol. 50 (2013), Nr. 12, S. 1599-1606.

- Lach, H.; Leach, K. (2014): Changing the Practice of Restraint Use in Acute Care. In: Butcher, H. K. (Series Ed.), Series on Evidence-Based Practice Guidelines, Iowa City, S. 1-35.
- Lachance, C.; Wright, M.-D. (2019): Avoidance of physical restraint use among hospitalized older adults: A review of clinical effectiveness and guidelines, CADTH rapid response report: summary with critical appraisal, <https://www.cadth.ca/avoidance-physical-restraint-use-among-hospitalized-older-adults-review-clinical-effectiveness-and> (Stand: 12.05.2022), S. 1-22.
- Lawal, A. K. u.a. (2016): What is a clinical pathway? Refinement of an operational definition to identify clinical pathway studies for a Cochrane systematic review. In: BMC Medicine, Vol. 14 (2016), Nr. 35, S. 1-5.
- Lei, R. u.a. (2020): Nurse education to reduce physical restraints use in ICU: A scoping review. In: Nursing in Critical Care, <https://doi.org/10.1111/nicc.12557> (Stand: 12.05.2022), S. 1-14.
- Nordhausen, T.; Hirt, J. (2019): Methoden- und Theorieecke, One size does not fit all – systematische Literaturrecherche in Fachdatenbanken. In: Klinische Pflegeforschung, Vol. 5 (2019), Nr. 2-4, <https://refhunter.eu/manual/> (Stand: 20.03.2022).
- Nordhausen, T.; Hirt, J. (2020): Manual zur Literaturrecherche in Fachdatenbanken, RefHunter, Version 5.0, <https://refhunter.eu/manual/> (Stand: 20.03.2022).
- Page, M. J. u.a. (2021a): PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews, <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>, S. 1-36 (Stand: 20.03.2022).
- Page, M. J. u.a. (2021b): PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only, <http://prisma-statement.org/prisma-statement/flowdiagram.aspx> (Stand: 03.03.2022).
- PRISMA (2021): Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) Checklist, <http://www.prisma-statement.org/Extensions/ScopingReviews> (Stand: 05.04.2022).
- Registered Nurses' Association of Ontario (2012): Alternative Approaches to the Use of Restraints, Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario, <https://rnao.ca/bpg/guidelines/promoting-safety-alternative-approaches-use-restraints> (Stand: 12.05.2022), S. 1-152.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2016): Delirium, Dementia, and Depression in Older Adults: Assessment and Care (2nd ed.), Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario, <https://rnao.ca/bpg/guidelines/assessment-and-care-older-adults-delirium-dementia-and-depression> (Stand: 12.05.2022), S. 1-164.
- Thomann, S. u.a. (2020): Restraint use in the acute-care hospital setting: A cross-sectional multi-centre study. In: International Journal of Nursing Studies, Vol. 114 (2021), Nr. 103807, S. 1-9.

Tricco, A. C. u.a. (2018): PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. In: Annals of Internal Medicine, Vol. 169 (2018), Nr. 7, S. 467-473.

Universitätsklinikum Halle (Saale) (o. J.): Aktuelle Projekte. PROTECT – Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen im akutstationären Setting: eine explorative Cluster-randomisierte kontrollierte Studie, <https://www.medizin.uni-halle.de/einrichtungen/institute/gesundheits-und-pflegewissenschaft/forschung/aktuelle-projekte#c17231> (Stand: 05.03.2022).

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich versichere hiermit, dass ich meine Bachelorarbeit mit dem Thema „Freiheitsentziehende Maßnahmen im Akutkrankenhaus – Pflegerische Strategien zur Vermeidung von Fixierungen“ selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Ich versichere zudem, dass die eingereichte elektronische Fassung mit der gedruckten Fassung übereinstimmt.

Stuttgart, den 23. Mai 2022

(Ort, Datum)

Stephanie Feinauer

(Unterschrift)