



Projekt «Re-Duct»

Reduktion von freiheitseinschränkenden Massnahmen im Akutspital durch die präventive Involvierung von Patient:innen



AdobeStock/peopleimages.com

Freiheitseinschränkende Massnahmen wie die Einschränkung der Bewegungsfreiheit sollten nur als letztes Mittel angewendet werden

Der Einbezug von Patient:innen zur Reduktion von freiheitseinschränkenden Massnahmen erwies sich in der Psychiatrie und der Langzeitpflege als wirksam. **Im Projekt «Re-Duct» wurde ein solcher Ansatz für den akutsomatischen Bereich entwickelt und pilotiert.** Die Ergebnisse sind vielversprechend.

International besteht Konsens, dass freiheitseinschränkende Massnahmen (feM) nur als letztes Mittel angewendet werden sollen [1, 2, 3]. FeM – definiert als Einschränkungen der Bewegungsfreiheit und weiterer

Grundrechte [4] – sind mit körperlichen und psychischen Belastungen, längerer Hospitalisationsdauer, erhöhter Mortalität sowie steigenden Kosten verbunden [5–10]. In Schweizer Akutspitalern liegt die Häufigkeit von feM bei über 10 Prozent [11]. Betroffen sind vor allem ältere und kognitiv beeinträchtigte Patient:innen [12]. Trotz der hohen Relevanz fehlen im akutsomatischen Bereich qualitativ hochwertige Studien zur wirksamen Prävention und Alternativen zu feM [13].

Erfahrungen aus anderen Versorgungsbereichen

In der psychiatrischen Versorgung

und Langzeitpflege hat sich der Einbezug von Patient:innen in Entscheidungsprozesse als wirksam zur Prävention von feM und Zwang erwiesen [14, 15]. Gemeinsame Entscheidungsfindung, etwa durch Vorsorgeverfügungen, kann unfreiwillige Einweisungen reduzieren und ermöglicht es, präventive oder bevorzugte Massnahmen für unvermeidbare feM festzulegen. Dieser patientenzentrierte Ansatz wurde im akutsomatischen Bereich bislang kaum untersucht (siehe auch Beitrag Krankpflege 05/2024 «FeM im Akutspital»).

Vor diesem Hintergrund zielte das Projekt Re-Duct auf die Entwicklung

und Pilotierung einer proaktiven, strukturierten Patient:inneninvolvierung zur Prävention von feM ab.

Re-Duct: Intervention

Re-Duct wurde von Februar 2023 bis April 2024 in Zusammenarbeit mit einer akutsomatischen Abteilung der Insel Gruppe und der Berner Fachhochschule durchgeführt.

Auf Basis der Literatur und der Expertise des Projektteams wurde die Intervention iterativ entwickelt, fachlich geprüft und in zwei Pretests erprobt. Vertreter:innen des Patientenrats des Spitals, die Pflegeexpertin (PEX) sowie Pflegefachpersonen der Abteilung, internationale Expert:innen zu feM und Pflege- und Gesundheitswissenschaftler:innen wurden einbezo-

gen. Die Intervention richtete sich an Patient:innen ab 65 Jahren, erfolgte innerhalb der ersten 24 Stunden nach Eintritt und konnte mit der Pflegeanamnese kombiniert werden. Die Intervention sah vor, dass Pflegefachpersonen gemeinsam mit den Patient:innen das individuelle Risiko für feM (basierend auf erfassten Risiken für Delir, Sturz und kognitive Beeinträchtigungen) thematisierten und mögliche Präventionsmassnahmen zusammen festlegten. Die Erkenntnisse zum Risiko für feM und die gemeinsam abgemachten Präventionsmassnahmen wurden in der elektronischen Patient:innendokumentation festgehalten, damit die Informationen für das ganze Team verfügbar waren. Dies sollte die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass Präventionsmassnahmen anstelle von oder zumindest vor dem Einsatz von feM

angewendet und damit feM reduziert werden.

Re-Duct: Implementierung und Evaluation

Die Implementierung erfolgte schrittweise. Den Pflegefachpersonen standen verschiedene Unterstützungsangebote zur Verfügung:

- Drei kurze E-Learning-Auffrischkurse (6–8 Minuten) zu den zentralen Aspekten der Anwendung von feM,
- eine Videosequenz der Intervention für individuelle Schulungen,
- sowie zwei Vor-Ort-Schulungen vier bzw. zwei Wochen vor Beginn der Pilotphase.

Ergänzend erhielten die Pflegefachpersonen ein Merkblatt zur Umsetzung der Intervention im Gespräch mit den Patient:innen (Abb. 1 und 2) sowie während der Pilotphase ein wöchentliches Coachingangebot.

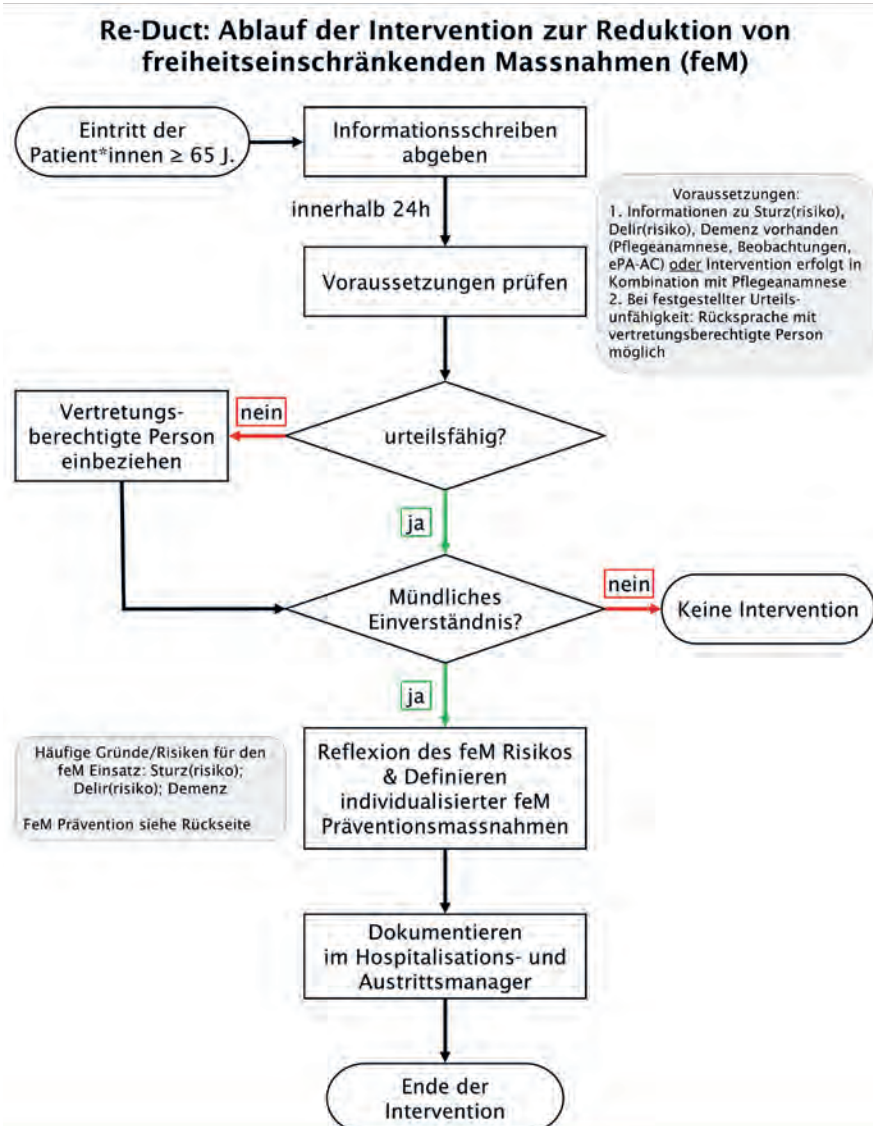


Abb. 1: Ablauf der Intervention zur Reduktion von feM

Die Evaluation umfasste quantitative Daten aus der Patient:innendokumentation (August–November 2023) sowie Einzel- und Fokusgruppeninterviews mit Patient:innen, Pflegefachpersonen, Stationsleitung und PEX, um Machbarkeit und Akzeptanz der Intervention im Praxisalltag zu untersuchen.

Die Anwendung von feM sank von 10,9 Prozent vor der Pilotphase auf 4,8 Prozent während der Pilotphase, obwohl ähnlich viele Patient:innen ein Risiko für feM aufwiesen.

Re-Duct: Ergebnisse

Die Daten aus 177 Patient:innen-Dokumentationen zeigten, dass die Anwendung von feM von 10,9 Prozent vor der Pilotphase auf 4,8 Prozent während der Pilotphase sank, obwohl ähnlich viele Patient:innen ein Risiko für feM aufwiesen. Bei den an der Intervention teilnehmenden Patient:innen (n=12) kamen keine feM zum Einsatz. Zugleich wurden häufiger Präventionsmassnahmen für feM dokumentiert. Die Interviews mit acht Patient:innen zeigten, dass Patient:innen die

Intervention als angenehm, wenn auch unerwartet erlebt und die gemeinsam festgelegten Präventionsmassnahmen schätzten.

Im Kontext einer alternden, selbstbestimmten Gesellschaft dürften solche Ansätze bedeutend für eine qualitativ hochstehende Versorgung werden.

Aus den Fokusgruppen mit fünf Pflegefachpersonen respektive 2 Teamleitungen und der PEX ging hervor, dass die Machbarkeit und Akzeptanz der Intervention als limitiert eingeschätzt wurde. Die Zielgruppe der Patient:innen wurde als zu unspezifisch und der Zeitaufwand als hoch beschrieben. Ebenfalls wurde geäußert, dass der Schulungsbedarf zur

Gesprächsführung unterschätzt wurde. Zusätzlich erschwerten noch nicht vollständig implementierte Richtlinien zu Sturz, Delir und feM die praktische Umsetzung.

Re-Duct: Empfehlungen

Der Einbezug von Patient:innen in die Prävention von feM stellt auch im Akutspital einen vielversprechenden Ansatz dar. Im Kontext einer alternden, selbstbestimmten Gesellschaft dürften solche Ansätze bedeutend für eine qualitativ hochstehende Versorgung werden. Die Intervention kann grundsätzlich auf alle Patient:innen-gruppen im Spital und auf andere Spitäler übertragen werden. Vor einer breiten Ausrollung sollten die Effekte jedoch in grösseren Patient:innen-gruppen bestätigt werden.

Um das Aufwand-Nutzen-Verhältnis zu verbessern, könnte eine Fokussierung auf elektiv eintretende Patient:innen mit potenziell hohem Risiko für feM zielführend sein. Diese Patient:innen

könnten entsprechende Informationen auch bereits vor Spitaleintritt erhalten und sich auf das Gespräch vorbereiten. Wenn bei dieser Patient:innengruppe die Intervention routiniert abläuft und positive Effekte erlebbar werden, dürfte eine Ausweitung auf weitere Patient:innengruppen mit weniger Aufwand möglich sein.

Ausführlichere Informationen zum BFH-Forschungsprojekt Projekt Re-Duct sowie weitere Unterlagen sind einsehbar unter: www.bfh.ch/de/forschung/forschungsprojekte/2023-950-163-862/

Die Zahlen in Klammern beziehen sich auf die Referenzen. Sie können bei der Hauptautorin oder der Redaktion bezogen werden.

Re-Duct: Mögliche Bereiche zur gemeinsamen Definition von individualisierten feM Präventionsmassnahmen mit den Patient*innen

	<p>Hilfsmittel</p> <ul style="list-style-type: none"> •Schuhwerk? •Seh-/Hörhilfen? •Weitere Hilfsmittel, die einbezogen werden könnten/sollten?
	<p>Angehörige</p> <ul style="list-style-type: none"> •Vorhanden? •Verfügbar, wenn sich die Situation verändert? •Falls ja, welche Zeitfenster & wie kontaktieren?
	<p>Orientierung/Struktur</p> <ul style="list-style-type: none"> •Wie könnte die Orientierung verbessert werden? (Uhr, Kalender [von zuhause], Schild mit Ortsangabe) •Was fördert die Vertrautheit? (Fotos, Objekte, Bilder) •Schriftliche Erinnerungen gewohnt? Erwünscht? •Gewohnte Tagesstruktur? •Weiteres aus der Biographie, das während Spitalaufenthalt wichtig sein könnte? •Spezielle Decke oder Kissen?
	<p>Ablenkung/Beschäftigung</p> <ul style="list-style-type: none"> •Was machen Sie gerne? Was machen Sie zuhause, das auch im Spital angeboten werden könnte oder Ihnen jemand mitbringen könnte? (Rätsel, Hörspiel, Malen, Musik, TV, etc.)
	<p>Ausscheidung</p> <ul style="list-style-type: none"> •Gewohnheiten oder Beschwerden, die während Spitalaufenthalt relevant sein könnten? (z.B. nachts alle 2h aufs WC) •Flüssigkeitszufuhr unterstützungsbedürftig?
	<p>Schmerzen</p> <ul style="list-style-type: none"> •Nicht-pharmakologische Interventionen, die zuhause helfen?

Siehe auch «Interventionen, um das gefährdende Patientenverhalten zu reduzieren» (EHD fBM der Insel Gruppe, Anhang 4 [S. 29-30])

Abb. 2: Merkblatt zur Umsetzung der Intervention im Rahmen von Re-Duct

Autor:innen

Isabelle Barbezat wissenschaftliche Mitarbeiterin Klinische Praxisentwicklung & Digitalisierung, Direktion Pflege, Insel Gruppe, isabelle.barbezat@insel.ch

Sabine Molls Leiterin Klinische Praxisentwicklung & Digitalisierung, Direktion Pflege, Insel Gruppe

Kai-Uwe Schmitt Prof. Dr., Leiter Akademie-Praxis-Partnerschaft Berner Fachhochschule und Insel Gruppe

Sandra Siegrist-Dreier Wissenschaftliche Mitarbeiterin Berner Fachhochschule

Karin Thomas Wissenschaftliche Mitarbeiterin Berner Fachhochschule

Silvia Thomann Dr., Co-Leiterin Innovationsfeld Qualität im Gesundheitswesen, Berner Fachhochschule

könnten entsprechende Informationen auch bereits vor Spitaleintritt erhalten und sich auf das Gespräch vorbereiten. Wenn bei dieser Patient:innengruppe die Intervention routiniert abläuft und positive Effekte erlebbar werden, dürfte eine Ausweitung auf weitere Patient:innengruppen mit weniger Aufwand möglich sein.

Die Implementierung von Evidenz zu Sturz, Delir und feM in klinische Prozesse stellt eine Voraussetzung für die nach-