

Überblick über die Anwendung in der Schweiz

Freiheitsbeschränkende Massnahmen im Akutspital

Freiheitsbeschränkende Massnahmen (fbM) – der Begriff kann unangenehme Gefühle bei Pflegefachpersonen und Angst bei Patient:innen und Angehörigen auslösen. Diese Gefühle scheinen berechtigt. So werden negative Auswirkungen der Anwendung von fbM auf Patient:innen und Gesundheitsfachpersonen beschrieben. Der Artikel gibt einen Überblick der Anwendung von fbM in der Schweiz.

Text: Karin Thomas, Sandra Siegerist-Dreier, Kai-Uwe Schmitt, Isabelle Barbezat, Silvia Thomann

Frau B., 85 Jahre alt, ist im Pflegeheim beim nächtlichen Gang auf die Toilette gestürzt und hat sich eine Oberschenkelhalsfraktur zugezogen. Im Spital wird sie nach der Operation in stabilem Allgemeinzustand auf die Station verlegt. Aus der ärztlichen Anamnese geht hervor, dass Frau B. seit einem Jahr im Pflege-

heim lebt, gangunsicher ist und bis zum Zeitpunkt des Sturzes mit Hilfe eines Rollators selbstständig mobil war. Weiter ist in der medizinischen Diagnose eine beginnende Demenz dokumentiert. In der Familien- und Sozialanamnese werden eine Tochter und ein Sohn erwähnt, welche ihre Mutter regelmässig im Pflegeheim

besuchen und die bei Entscheidungen zu kontaktieren sind. Die Pflegefachperson, welche Frau B. im Spätdienst übernimmt, setzt auf Grund der gelesenen Angaben Bettgitter und eine Klingelmatte ein. Sie befürchtet, dass Frau B. vergisst, sich zu melden, wenn sie das Bett verlässt, und deshalb stürzen könnte.

Bettgitter werden eingesetzt, um die (vermeintliche) Sicherheit der Patient:innen zu erhöhen. Sie stellen jedoch eine freiheitsbeschränkende Massnahme dar.

iStock/Meostocker



FORSCHUNGSPROJEKT

«Re-Duct»

«Re-Duct» (**R**estraint **r**eduction in acute hospital care by preventive patient involvement; Reduktion von Freiheitseinschränkenden Massnahmen im Akutspital durch die präventive Involvement von Patient:innen) ist ein Forschungsprojekt der Akademie-Praxis-Partnerschaft (APP) der Insel Gruppe und der Berner Fachhochschule Gesundheit unter der Leitung von Prof. Dr. Kai-Uwe Schmitt und Dr. Silvia Thomann, mit Beteiligung von Pflegenden und wissenschaftlichen Mitarbeitenden. Weitere Informationen sind via QR-Code erhältlich.



Freiheitsbeschränkende Massnahmen (fbM) werden im Spital eingesetzt, um die Sicherheit der Patient:innen (vermeintlich) zu erhöhen, wie auch das Beispiel veranschaulicht. Pflegefachpersonen agieren in einer solchen Situation auf der Grundlage von Informationen bei der Übergabe und/oder medizinischer Diagnosestellung, Verdachtsdiagnosen und klinischer Einschätzung. Dabei gilt es ethisch-rechtliche Rahmenbedingungen zu berücksichtigen.

Definition und Rechtsgrundlagen

Freiheitseinschränkende Massnahmen sind «Einschränkungen der Bewegungsfreiheit sowie anderer Grundrechte»¹. Die Definition der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) umfasst nicht nur offensichtlich bewegungseinschränkende Massnahmen wie Fixationen oder Bettgitter, sondern auch die elektronische Überwachung oder pharmakologische Massnahmen.

In der Schweiz ist der rechtliche Rahmen im Kindes- und Erwachsenenschutzgesetz² beschrieben. Er wurde von der SAMW aufgenommen und zur Leitlinie «Zwangsmassnahmen in der Medizin» ausgearbeitet. Sie umfasst neben der Definition und Erläuterungen zur rechtlichen Situation auch Empfehlungen zu Prozessen, die es rund um die Anwen-

dung von fbM in den verschiedenen Settings im Gesundheitsbereich zu berücksichtigen gilt. Sie gehört zu den SAMW-Leitlinien, die für FMH-Mitglieder als verbindlich gelten. Grundsätzlich müssen gemäss SAMW-Leitlinie alternative und präventive Massnahmen zur Vermeidung von fbM ausgeschöpft werden, bevor fbM eingesetzt werden dürfen. Sollten sich fbM als unumgänglich erweisen, gilt es, die am wenigsten einschränkende Massnahme anzuwenden und Patient:innen und/oder deren gesetzliche Vertretungen über den Einsatz von fbM zu informieren sowie idealerweise das Einverständnis zum Einsatz abzuholen. FbM müssen verordnet werden. Die Anwendung muss zudem regelmässig daraufhin evaluiert werden, ob sie zielführend und noch notwendig ist – denn fbM dürfen nur so lange wie absolut nötig eingesetzt werden. Zahlen aus der Schweiz zeigen, dass 64,6 % der eingesetzten fbM dokumentiert werden. In 50,3 % der Fälle werden die Patient:innen bzw. deren gesetzliche Vertretung über den fbM-Einsatz informiert und 43,9 % der fbM wurden regelmässig evaluiert. Alternativen zu fbM wurden in 37,8 % der Situationen eingesetzt, um die Anwendung von fbM zu minimieren³. Diese Zahlen verdeutlichen, dass die Empfehlungen der SAMW im Praxisalltag nicht vollständig umgesetzt werden.

Prävalenz, Nutzen und Risiko

Wie eine von 2016 bis 2018 durchgeführte Untersuchung zur Prävalenz von fbM im Akutspital in der Schweiz und Österreich⁴ zeigte, wurde bei 10,6 % der Patient:innen in der Schweiz mindestens eine fbM angewendet. Im internationalen Kontext wird die fbM-Prävalenz im Spital mit einer grossen Varianz von 5 bis 80 % beschrieben^{5,6,7,8}. Die grossen Unterschiede dürften auf unterschiedliche Definitionen, Erhebungs- und Analysemethoden und eingeschlossene Fachbereiche zurückzuführen sein. Am häufigsten (56,4 %) werden in der Schweiz mechanische fbM (Bettgitter, Beistelltische am Rollstuhl etc.) angewendet, gefolgt von elektronischen (36,8 %; z. B. Klingelmatte) und pharmakologischen Massnahmen (25,3 %) ³. FbM werden häufig eingesetzt, wenn Patient:innen kognitiv beeinträchtigt, ≥65 Jahre alt, sturzgefährdet, psychomotorisch unruhig und/oder bettlägerig sind. Ebenfalls wird ein Zusammen-

hang mit sedierenden Medikamenten und fbM beschrieben⁹⁻¹³. Bisher fehlt jedoch Evidenz hinsichtlich des Nutzens von fbM zur Sturzprävention oder einer Förderung der Patientensicherheit bei Verwirrheitszuständen. Im Gegenteil: Es liegen Hinweise vor, dass fbM ein Delir und Unruhe verstärken und die Gefahr von schweren Sturzverletzungen (z. B. durch das Übersteigen der Bettgitter) sogar erhöhen¹³.

Sicht der Betroffenen

Werden Betroffene und Angehörige zu ihrer Sicht betreffend fbM gefragt, äussern sich Patient:innen (auch) kritisch¹⁴. Einige Patient:innen beschrieben fbM als störend, überwachend und manchmal eher risikoerhöhend als -senkend. Sie gaben zudem an, dass es in einem Mehrbettzimmer stigmatisierend sein kann, als einzige Person eine fbM zu haben und dass es schwierig ist, fbM in einem Mehrbettzimmer gegenüber den Fachpersonen anzusprechen. Angehörige äusserten sich eher dahingehend, dass Pflegefachpersonen wüssten, was sie tun, und der Einsatz von fbM für die Sicherheit der Patient:innen richtig sei¹⁴. Sowohl Patient:innen wie auch Angehörige wüssten oftmals nicht, weshalb ein Bettgitter oder eine Klingelmatte eingesetzt wurde. Auch wurden sie kaum in den Entscheidungsprozess, ob fbM eingesetzt werden oder nicht, einbezogen.

Prävention und Schulung

Zur Prävention von fbM in der Akut-somatik werden Massnahmen empfohlen, welche den Einsatz vorhandener und bekannter Hilfsmittel (z. B. Brille, Hörgerät) betreffen, Massnahmen zur Orientierung (z. B. Uhr, Fotos), Ablenkung und Beschäftigung (z. B. Lesen, Spielen) sowie den Gewohnheiten zur Ausscheidung (Toiletten-Training, Gewohnheiten zu Hause) umfassen. Auch eine Reihe von nichtmedikamentösen Massnahmen zur Schmerzreduktion kann dazu beitragen, Desorientierung als Nebenwirkung von Medikamenten zu vermeiden. Die Insel Gruppe hat hierzu eine Checkliste mit präventiven Massnahmen zur Reduktion von fbM im Spitalsetting zusammengestellt, die in einer früheren Ausgabe dieser Zeitschrift bereits vorgestellt wurde¹⁵. Zur Implementierung von Präventionsmassnahmen wird oftmals der Ansatz verfolgt, Pflegefachpersonen zu schulen.

Wie eine Cochrane Review^{13, 16} beschreibt, zeigt dieser Ansatz jedoch nur wenig bis keine Wirkung hinsichtlich der Reduktion von fbM.

Einbezug Patient:innen

Während es für die Akutsomatik aktuell an wirksamen Ansätzen zur Reduktion von fbM fehlt, gibt es aus den Bereichen Psychiatrie und Langzeitpflege Hinweise, dass der aktive Einbezug von Patient:innen und deren Angehörigen fbM wirksam reduziert^{17,18}. Es zeigte sich, dass die Patient:innen die unterschiedlichen Massnahmen konsequenter umsetzten und Pflegefachpersonen durch das Wegfallen von Deeskalationsmassnahmen Zeit gewinnen konnten. Ob und wie ein solcher Ansatz in der Akutsomatik umsetzbar ist, wurde bisher nicht untersucht. Um diese Lücke zu adressieren, wurde im Rahmen der Akademie-Praxis-Partnerschaft (APP) der Insel Gruppe und des Departements Gesundheit der Berner Fachhochschule das Projekt «Re-Duct» (s. Box links) lanciert. Gemeinsam mit der Praxis wird ein mögliches Vorgehen zum strukturierten Einbezug von Patient:innen zur Reduktion von fbM im Spital entwickelt und dessen Machbarkeit im Alltag geprüft. Die Erkenntnisse werden zeigen, ob ein solcher Ansatz in der Akutsomatik realisierbar und effektiv sein kann.

Schlussfolgerung

FbM werden in Schweizer Spitälern häufig eingesetzt. Es besteht Verbesserungspotenzial hinsichtlich einer Umsetzung von ethisch-rechtlichen Anforderungen, die dabei helfen sollen, dass fbM nur als letzte Option und nur so lange wie absolut nötig eingesetzt werden. Vor dem Hintergrund, dass fbM bei einer vulnerablen Population eingesetzt werden, der Nutzen von fbM bisher nicht belegt werden kann, jedoch mit fbM einhergehende Risiken beschrieben werden, sollte eine kritische Reflexion der Notwendigkeit zu jeder fbM-Anwendung gehören. Der aktive Einbezug von Patient:innen und deren Angehörigen könnte auch für die Akutsomatik ein Ansatz sein, um die Anwendung von fbM zu reduzieren.

Auf das Fallbeispiel bezogen kann folgender Schluss gezogen werden: Die Situation von Frau B. zeigt eine typische fbM-Anwendung im Spital. Frau B. hat ein erhöhtes Alter (85 Jahre alt),

ist kognitiv leicht eingeschränkt und sturzgefährdet. Es werden bei ihr die in Schweizer Spitälern am häufigsten eingesetzten fbM angewendet (Bettgitter und Klingelmatte). Anhand der Erkenntnisse aus diesem Artikel wäre besser, in einem Erstgespräch bzw. einer Anamnese die Gewohnheiten von Frau B. kennenzulernen und Erklärungen zum Sturzrisiko der Patientin zu geben. Als weiterer Schritt würden alternative und präventive Massnahmen (z.B. Toiletentraining, Klingelfunktion und -handhabung festlegen, den Rollator neben das Bett stellen) diskutiert und definiert. Falls doch ein gemeinsamer Entscheid für fbM erfolgt, müssten die Patientin bzw. deren Angehörige das Einverständnis zur Anwendung geben, um dem rechtlichen Rahmen zu genügen. Das Bettgitter und die Klingelmatte müssten im Anschluss verordnet und der Evaluationsrhythmus der Anwendung festgelegt und dokumentiert werden.

Autor:innen

Karin Thomas MSc, wissenschaftliche Mitarbeiterin angewandte Forschung & Entwicklung Pflege, Berner Fachhochschule, Departement Gesundheit, karin.thomas@bfh.ch

Sandra Siegrist-Dreier MScN, wissenschaftliche Mitarbeiterin angewandte Forschung & Entwicklung Pflege, Berner Fachhochschule, Departement Gesundheit

Kai-Uwe Schmitt PhD, Leiter APP Insel Gruppe

Isabelle Barbezat cand. MSc, BSc, wissenschaftliche Mitarbeiterin Bereich klinische Praxisentwicklung & Digitalisierung Direktion Pflege, Insel Gruppe

Silvia Thomann PhD, Co-Leiterin des Innovationsfeldes Qualität im Gesundheitswesen der Berner Fachhochschule Gesundheit



Die hochgestellten Zahlen beziehen sich auf das Literaturverzeichnis. Es kann bei der Redaktion angefordert werden oder bei: karin.thomas@bfh.ch

INSERAT



**Berner
Bildungszentrum Pflege**

Pflegen Sie Ihre Zukunft

Infoveranstaltungen 2024

7. Mai 2024
Nachdiplomkurs Pain Nurse
Zertifikatslehrgang SVEB-Zertifikat
Ausbilder/-in

30. Mai 2024
Zertifikatslehrgang Praxisbegleiter/-in
Basale Stimulation nach Prof. Dr. Fröhlich®



3. Juni 2024
Nachdiplomstudium NDS HF Anästhesiepflege

**Jetzt anmelden unter
weiterbildung.bzpflege.ch**