

FIXATIONEN AUF NOTFALLSTATIONEN

Jennifer Dessonnaz-Stucky,
Dr. med. Ursula Klopstein,
Silvia Thomann

Fixationen werden trotz Kenntnissen zu den negativen Folgen und der ethisch-rechtlichen Problematik nach wie vor häufig auf Notfallstationen angewendet. Mittels Dokumentationsanalyse wurden Patient:innensituationen mit Fixationen ausgewertet, um Ansätze zur Reduktion von Fixationen identifizieren zu können.

Gemäss Artikel 10 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (1999) hat «jeder Mensch das Recht auf persönliche Freiheit, insbesondere auf körperliche und geistige Unversehrtheit und auf Bewegungsfreiheit». Entsprechend dürfen freiheitseinschränkende Massnahmen (FEM) im Gesundheitswesen nur angewendet werden, «wenn eine Selbstgefährdung nicht anders verhindert werden kann, in selteneren Fällen kann auch die Abwendung einer Fremdgefährdung oder schweren Störung des Gemeinschaftslebens eine Rolle spielen» (1). Der Begriff der freiheitseinschränkenden Massnahmen wird gemäss der SAMW als «Einschränkungen der Bewegungsfreiheit sowie anderer Grundrechte» (1) definiert. Es sollten gemäss geltender Richtlinien und gesetzlicher Grundlagen immer die Verhältnismässigkeit im Zentrum der Überlegungen stehen und somit in jedem Fall mögliche Alternativen zur Abwendung von FEM gesucht werden.

In der Gesundheitsversorgung kann es dennoch zu Situationen kommen, welche aus obengenannten Gründen FEM rechtfertigen können. Wird ein solcher Entscheid gefällt, muss jedoch, wie erwähnt, das Prinzip der Verhältnismässigkeit beachtet werden. Die FEM sollten so wenig einschränkend wie nötig und von möglichst kurzer Dauer sein. Keinesfalls

sollte der potenzielle Schaden den möglichen Nutzen übersteigen.

Fixationen, die restriktivste Art von FEM, stellen laut Europäischem Gerichtshof für Menschenrechte (2) eine unmenschliche und erniedrigende Behandlung dar, die nur als eine Ultima Ratio zur Verhinderung einer Eigen- oder Fremdgefährdung eingesetzt werden dürfen. Fixationen können zudem schwerwiegende Folgen für die Patient:innen haben (3). So wurden Komplikationen wie Stürze, Asphyxie, Atemdepressionen infolge von Bronchospasmen, verschiedene Traumata oder Rhabdomyolyse bis hin zum Tod dokumentiert (4). Auch kann es zu psychischer Traumatisierung über das Erleben von Hilflosigkeit, Anspannung und grosser Angst kommen (5). Aber auch bei Gesundheitsfachpersonen kann das Ausführen einer Fixation negative Folgen haben wie Ängste, Schuldgefühle infolge eines Entscheidungsdilemmas, oder auch Disstress (6). Sowohl Patient:innen wie auch Personal beschreiben Fixationen als riskant, schwierig und stressig (7), deshalb ist der Einsatz von Fixationen aus rechtlicher und medizinischer Sicht eng reguliert und es wurden entsprechende Richtlinien national wie auch international entwickelt.

Die Notfallstation: Ort mit hohem Risiko

Laut Zun (8) stellt die Notaufnahme aus verschiedenen Gründen einen Ort mit hohem Risiko für die Verwendung von Fixationen dar. Es ist eine stark frequentierte Umgebung, in der es oft laut und sehr hell ist. Akute Agitationszustände gehören zu den häufigsten Gründen, wieso auf der Notfallstation Fixationen angewendet werden (9). Die Ursachen für die Agitationszustände von Patient:innen auf Notfallstationen sind



multifaktoriell, wie beispielsweise Folgen einer bestehenden somatischen oder psychischen Erkrankung und/oder Substanzabusus (10). Diese multifaktoriellen Ursachen sorgen für zusätzliche Komplexität und Stress (11). Zur Bewältigung der Situation und mangels Alternativen, Ressourcen oder aufgrund fehlendes Wissen, werden dann unter Umständen Fixationen angewendet.

Fixationen auf Notfallstationen besser verstehen

Derzeit ist das allgemeine Wissen über Fixationen auf der Notfallstation unvollständig (12). Um jedoch Handlungsbereiche zur Reduktion von Fixationen auf Notfallstationen identifizieren zu können, müssen Fixationen und die damit einhergehenden Abläufe im Alltag bekannt sein. Deshalb wurde im Rahmen einer Masterarbeit eine Dokumentationsanalyse durchgeführt. Das heisst, es wurden alle dokumentierten Fixationen während des Jahres 2020 regelgeleitet ausgewertet. Nachfolgend werden die wichtigsten Erkenntnisse aus dieser Analyse beschrieben.

Es konnten 60 Patient:innensituationen eingeschlossen werden. Die von Fixationen betroffenen Patient:innen wiesen ein Medianalter von 28,5 Jahren auf und waren zu 62 % männlich. Die Konsultationsgründe waren vielfältig (Psychiatrie, Medizin, Chirurgie). Es zeigt sich, dass etwas weniger als die Hälfte der Fixationen (43 %) während der Abendschicht stattfand. In 62 % der untersuchten Fixationsfälle wurde das vorgegebene Protokoll zu Fixationen erstellt. Die Hauptgründe für die Fixationen waren Intoxikation, Eigen-/Fremdgefährdung und aggressives Verhalten. Aus der Analyse ging hervor, dass oftmals ein erschwerter verbaler Zugang zu den Patient:innen bestand. Das heisst, die Interaktion und die Kommunikation waren gestört. Ebenfalls zeigen die Daten, dass die Patient:innen oftmals sehr unruhig waren. Weiter waren meist viele verschiedene medizinische wie auch nichtmedizinische (Sicherheitsdienst, Polizei) Fachpersonen in die Behandlung und Betreuung involviert. Das schien dazu zu führen, dass Verantwortlichkeiten weniger klar und die Entscheidungsfindung komplexer wurde. Es fanden sich in der Dokumentation zudem kaum Hinweise auf Deeskalationsversuche wie auch auf die Verwen-

dung von Alternativen. Dafür zeigte sich, dass in fast keinem Fall eine Beruhigung nach der Fixation eintrat. Gemäss Dokumentation waren die Patient:innen weiterhin agitiert. Ein Nutzen der Fixation lag somit vermutlich nicht vor. Dafür wurden einige Komplikationen sowohl somatischer als auch psychischer Art dokumentiert. In 92 % der Fixationen, die ein Protokoll beinhalteten, wurde bei der Entlassung der Patient:innen kein Debriefing dokumentiert.

Implikationen für die Praxis

Fixationen stellen einen schweren Eingriff in die Grundrechte einer Person dar und sollten, wenn immer möglich, vermieden werden. Anhand der Dokumentationsanalyse sowie bestehender Literatur und Leitlinien werden Potenziale zu einer weiteren Verbesserung der Behandlungsqualität und damit einhergehender Reduktion von Fixationen erkannt. Einerseits zeigt sich, dass bei Patient:innensituationen auf Notfallstationen, bei denen es zu einer Fixation kommt, der verbale Zugang oftmals erschwert ist. Das heisst, die Deeskalation wird anspruchsvoller und Umgebungsfaktoren erhalten eine hohe Bedeutung. Das Personal muss entsprechend geschult und die Infrastruktur nach Möglichkeiten angepasst werden. Andererseits sind oftmals viele Fachpersonen involviert, was dazu führt, dass Verantwortlichkeiten weniger klar sind. Auf institutioneller Ebene sollten deshalb die Prozesse, Verantwortlichkeiten und Indikationen für alle Beteiligten einsehbar geregelt sein und die Umsetzung gefördert und gefordert werden. Gemäss SAMW-Richtlinie (1) müssen vor jeder Fixations-Entscheidung detaillierte Informationen zur Patient:innensituation aus der Perspektive aller Beteiligten gesammelt werden. Anschliessend sollte die Entscheidungsfindung im interdisziplinären Team, das heisst mit Beteiligung aller in die Patient:innensituation involvierter Fachpersonen, erfolgen. Dabei gilt es, mögliche Alternativen und weniger einschneidende Massnahmen zu prüfen und den Nutzen und Schaden abzuwägen. Falls im interdisziplinären Team eine Fixation als unumgänglich eingeschätzt wird, gilt es, diese so kurz wie möglich und unter enger Überwachung umzusetzen. Eine regelmässige Evaluation, ob der erwünschte Nutzen

erzielt wird und die Fixation weiterhin notwendig ist, ist zwingend. Weiter sollte jeweils eine Nachbesprechung unter den beteiligten Fachpersonen, aber auch mit der Patientin, dem Patienten und ihren oder seinen Angehörigen erfolgen, um die negativen psychologischen Folgen sowohl für die Fachpersonen als auch für die Patient:innen zu verringern. Ein entsprechendes Dokumentationssystem ist für die systematische Umsetzung unverzichtbar.

Literaturverzeichnis

1. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). (2015). Medizin-ethische Richtlinien: Zwangsmassnahmen in der Medizin. S. 8.
2. Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK). (2011). Artikel 3: Verbot der Folter. Jens Meyer-Ladewig.
3. Registered Nurses' Association of Ontario. (2012). Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints.
4. Smithard, D., & Randhawa, R. (2022, Mar). Physical Restraint in the Critical Care Unit: A Narrative Review. *New Bioeth*, 28(1), 68–82. <https://doi.org/10.1080/20502877.2021.2019979>
5. Wong, A. H., Ray, J. M., Rosenberg, A., Crispino, L., Parker, J., McVane, C., Iennaco, J. D., Bernstein, S. L., & Pavlo, A. J. (2020, Jan 3). Experiences of Individuals Who Were Physically Restrained in the Emergency Department. *JAMA Netw Open*, 3(1), e1919381. <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2759276>
6. Lach, H. W., Leach, K. M., & Butcher, H. K. (2016, Feb). Evidence-Based Practice Guideline: Changing the Practice of Physical Restraint Use in Acute Care. *J Gerontol Nurs*, 42(2), 17–26. <https://journals.healio.com/doi/10.3928/00989134-20160113-04>
7. Vedana, K. G. G., da Silva, D. M., Ventura, C. A. A., Giacom, B. C. C., Zanetti, A. C. G., Miasso, A. I., & Borges, T. L. (2018, Jun). Physical and mechanical restraint in psychiatric units: Perceptions and experiences of nursing staff. *Arch Psychiatr Nurs*, 32(3), 367–372. [https://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417\(17\)30249-2/abstract](https://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417(17)30249-2/abstract)
8. Zun, L. S. (2003, Feb). A prospective study of the complication rate of use of patient restraint in the emergency department. *J Emerg Med*, 24(2), 119–124. [https://www.jem-journal.com/article/S0736-4679\(02\)00738-2/abstract](https://www.jem-journal.com/article/S0736-4679(02)00738-2/abstract)
9. Beysard, N., Yersin, B., & Carron, P. N. (2018, Jun). Mechanical restraint in an emergency department: a consecutive series of 593 cases. *Intern Emerg Med*, 13(4), 575–583. <https://doi.org/10.1007/s11739-017-1697-6>
10. Gottlieb, M., Long, B., & Koyfman, A. (2018, Apr). Approach to the Agitated Emergency Department Patient. *J Emerg Med*, 54(4), 447–457. [https://www.jem-journal.com/article/S0736-4679\(17\)31215-5/abstract](https://www.jem-journal.com/article/S0736-4679(17)31215-5/abstract)
11. Guerrero, P., & Mycyk, M. B. (2020, May). Physical and Chemical Restraints (an Update). *Emerg Med Clin North Am*, 38(2), 437–451. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2020.02.002>
12. Wong, A. H., Taylor, R. A., Ray, J. M., & Bernstein, S. L. (2019, Feb). Physical Restraint Use in Adult Patients Presenting to a General Emergency Department. *Ann Emerg Med*, 73(2), 183–192. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2018.06.020>

KONTAKT:

Jennifer Dessonnaz-Stucky,
MScN, Pflegeexpertin, Universitätsklinik
für Notfallmedizin, Inselspital Bern
jennifer.dessonnaz-stucky@insel.ch

Dr. med. Ursula Klopffstein, Departement
Gesundheit, Fachbereich Pflege,
Berner Fachhochschule

Silvia Thomann, Co-Leiterin Innovations-
feld Qualität im Gesundheitswesen
Departement Gesundheit, Fachbereich
Pflege, Berner Fachhochschule