

Das Erleben Angehöriger und Pflegender bei der Anwendung von freiheitsbeschränkenden Massnahmen

Eine systematische Literaturarbeit

Bachelorthesis

Mirjam Müller

Matrikel-Nr. 11-644-820

Monique Regula Schudel

Matrikel-Nr. 11-644-846

Berner Fachhochschule Fachbereich Gesundheit

Bachelor of Science Pflege, Vollzeitstudiengang 2011

Referent Markus Berner,

Master of Advanced Studies (MAS) in Mental Health, BFH Bern

Bern, 8. August 2014

INHALTSVERZEICHNIS

ABSTRACT	5
1 EINLEITUNG	6
1.1 Fragestellungen und Hypothesen	7
1.2 Zielsetzung	8
2 THEORETISCHER BEZUGSRAHMEN	8
2.1 Definitionen und Differenzierung von Freiheitsbeschränkungen	8
2.2 Prävalenz von freiheitsbeschränkenden Massnahmen	10
2.3 Komplikationen und Risiken	10
2.4 Ethische Aspekte freiheitsbeschränkender Massnahmen	11
2.4.1 Die ethischen Prinzipien	11
2.4.2 Ethische Dilemmata und Konflikte bei freiheitsbeschränkenden Massnahmen	12
2.5 Was ist Erleben?	13
2.6 Das Entscheidungsmodell des Schweizer Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	14
2.7 Rechtliche Aspekte freiheitsbeschränkender Massnahmen	15
2.7.1 Voraussetzungen für die Anwendung freiheitsbeschränkender Massnahmen	15
2.7.2 Urteilsfähigkeit	16
2.7.3 Rolle der Angehörigen und des medizinischen Personals	16
3 METHODE	17
3.1 Ein- und Ausschlusskriterien sowie Limiten	18
3.2 Suchstrategie	18
4 ERGEBNISSE	21
4.1 Tabellarische Übersichten	21
4.2 Erleben Pflegender	36

4.2.1	Erleben von Sicherheit und Vorteilen	36
4.2.2	Erleben von negativen Gefühlen	38
4.2.3	Fehlen von Alternativen	40
4.2.4	Erleben von ethischen Dilemmata	41
4.2.5	Einfluss der Pflegekultur auf das Handeln und Erleben	43
4.3	Erleben Angehöriger	44
4.3.1	Erleben von Sicherheit und Vorteilen	44
4.3.2	Erleben von negativen Emotionen	45
4.3.3	Fehlen von Alternativen	46
4.3.4	Erleben der Beziehung zum Pflegepersonal	46
4.4	Vergleich des Erlebens von Pflegenden und Angehörigen	47
5	DISKUSSION	49
5.1	Erleben Pflegender	49
5.1.1	Erleben von Sicherheit und Vorteilen	49
5.1.2	Erleben von negativen Gefühlen	53
5.1.3	Fehlen von Alternativen	55
5.1.4	Erleben von ethischen Dilemmata	56
5.1.5	Einfluss der Pflegekultur auf das Handeln und Erleben	57
5.2	Erleben Angehöriger	58
5.2.1	Erleben von Sicherheit und Vorteilen	58
5.2.2	Erleben von negativen Gefühlen	59
5.2.3	Fehlen von Alternativen	61
5.2.4	Erleben der Beziehung zum Pflegepersonal	61
5.3	Vergleich des Erlebens Pflegender und Angehöriger	62
5.4	Beantwortung der Fragestellungen	63
5.5	Stärken und Schwächen der Monografie	65
6	SCHLUSSFOLGERUNG	66
6.1	Empfehlungen für die Praxis	66

6.2	Forschungsbedarf	67
7	LITERATURVERZEICHNIS	68
8	TABELLENVERZEICHNIS	73
9	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	74
10	ANHANG	75
10.1	Kaskade der vertretungsberechtigten Personen	75
10.2	Literaturverzeichnis zur Tabelle 21: Erleben Angehöriger und Pfleger bei der Anwendung von fbM	76
10.3	Selbstständigkeitserklärung	77

ABSTRACT

Einleitung Unter freiheitsbeschränkenden Massnahmen (fbM) werden Interventionen verstanden, welche die Bewegungsfreiheit eingrenzen und gegen den Willen der Betroffenen erfolgen. Die Anwendung von fbM bringt ethische Konflikte mit sich, welche sich auf das Empfinden von Pflegenden und Angehörigen auswirken. Da beide Gruppen eine zentrale Rolle im Entscheidungsprozess einnehmen, ist es wichtig ihr Erleben zu erfassen. Folgende Fragestellung gibt den Rahmen vor: Wie erleben Pflegefachpersonen und Angehörige die Anwendung von physischen sowie medikamentösen freiheitsbeschränkenden Massnahmen?

Methode Eine systematische Literaturrecherche erfolgte auf PubMed, Cinahl, The Cochrane Library, Medline und PsychInfo. Studien und Reviews aus der Psychiatrie, Geriatrie, Rehabilitation sowie aus dem Akutspital wurden eingeschlossen. Limiten sind: Englisch, Deutsch, Französisch, Abstract, 2003-2014 und das Mindestalter der Studienbeteiligten beträgt 18 Jahre. Vierzehn Literaturarbeiten wurden selektioniert.

Ergebnisse Pflegende und Angehörige erleben fbM als angemessen, falls diese dem Schutz der Betroffenen dienen. Trotzdem empfinden beide Gruppen negative Gefühle wie Schuld, Unbehagen oder Angst. Zudem finden sich Pflegende oft in ethischen Konfliktsituationen wieder. Pflegende und Angehörige bedauern weiter einen Mangel an Alternativen. Das soziale Umfeld beeinflusst die Haltung gegenüber fbM. Während Pflegende eine Arbeitskultur erleben, welche das Hinterfragen von fbM nicht erlaubt, fühlen sich Angehörige zu wenig ins Geschehen miteinbezogen und erleben Pflegefachpersonen als distanziert.

Diskussion Die bearbeitete Thematik ist pflegerelevant und die Resultate sind konsistent. Die Vergleichbarkeit der Personengruppen und der Settings ist nicht garantiert. Eine Schwäche stellt der Einschluss von Reviews dar, in welchen der systematische Ansatz nicht nachgewiesen ist. Zudem sind qualitative und quantitative Daten nicht vergleichbar.

Schlussfolgerung Die Implementierung praxisnaher Richtlinien und eine umfassende Information Angehöriger ist unumgänglich im Zusammenhang mit fbM. Durch den Einbezug der medikamentösen fbM wurde ein wenig erforschtes Gebiet aufgedeckt. In diesem Bereich und bezüglich Alternativen ist weitere Forschung empfohlen.

Schlüsselbegriffe physical restraint, chemical restraint, immobilization, aggression, medication, relatives, family, nursing, nurses, perspective, personal narratives as topic, experience, qualitative.

1 EINLEITUNG

Die vorliegende Arbeit widmet sich der Thematik, wie Pflegende und Angehörige die Anwendung von freiheitsbeschränkenden Massnahmen (fbM) erleben. Unter Freiheitsbeschränkung werden Massnahmen verstanden, welche die Bewegungsfreiheit eingrenzen. Beispiele dafür sind medikamentöse Interventionen, welche den Bewegungsdrang reduzieren oder die Fixation mit Gurten. FbM erfolgen gegen den Willen der Betroffenen und stellen somit einen Eingriff in die Grundrechte einer Person dar (Ermler & Schmitt-Mannhart, 2011). In der Schweizerischen Bundesverfassung in Artikel 10, Absatz 2 ist festgehalten: „Jeder Mensch hat das Recht auf persönliche Freiheit, insbesondere auf körperliche und geistige Unversehrtheit und auf Bewegungsfreiheit“ (Die Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft, 2014). Trotzdem tritt die Anwendung von fbM in vielen Bereichen der Pflege auf. Feng et al. (2009) führten in fünf Ländern eine Prävalenzmessung zu physischen fbM in Altersheimen durch und kommen auf folgende Werte: Schweiz 6.1%, USA 8.8%, Hong Kong 20.2%, Finnland 28.0% und Kanada 31.4%. Die Prävalenz wird möglicherweise dadurch beeinflusst, dass man Bettgitter nicht miteinbezogen wurden. Die Prävalenzmessung von medikamentösen fbM ergibt folgende Daten: Hong Kong 11%, Kanada 26%, USA 27%, Schweiz 34% und Finnland 38%.

Ermler und Schmitt-Mannhart (2011) zeigen auf, dass fbM oft zum Schutz der Betroffenen angewendet werden, wobei die Selbst- und Fremdgefährdung eine entscheidende Rolle spielen. Trotzdem bringen fbM erhebliche Risiken für die Betroffenen mit sich. Es werden Beispiele wie erhöhte Thrombose-, Embolie-, Dekubitus- oder Pneumoniegefahr erwähnt (Ermler & Schmitt-Mannhart, 2011). Einerseits wird dadurch sichtbar, dass die Einschränkung der persönlichen Freiheit erhebliche Gefahren mit sich bringt, andererseits wollen Pflegende die Prinzipien Nichtschaden und Gutes tun zum Wohle der Patientinnen und Patienten umsetzen. Somit stellen sich gezwungenermassen ethische Fragen. Entscheidungen in diesem Bereich stellen für das Pflegepersonal sowie für Angehörige eine Herausforderung dar.

Die Thematik ist aktuell, da im Januar 2013 das neue Kindes- und Erwachsenenschutzrecht in der Schweiz implementiert wurde. Dieses legt fest, dass vertretungsberechtigte Personen und/oder nahestehende Dritte bei urteilsunfähigen Personen in die Entscheidung bezüglich fbM einbezogen werden müssen. Zudem besteht das Recht, bei der Erwachsenenschutzbehörde Beschwerde einzureichen (Ermler & Schmitt-Mannhart, 2011). Dies macht deutlich, dass Angehörige heutzutage eine entscheidende Rolle einnehmen. Für Pflegende ist es wichtig zu wissen, wie

nahestehende Personen fbM erleben, damit ein empathischer Umgang sowie eine umfassende und unterstützende Informationsabgabe ermöglicht wird. Pflegende sollten bestrebt sein, durch Gespräche Belastungen von Angehörigen zu erfassen und sie in ihrer Rolle zu unterstützen. Damit Pflegefachpersonen diese Aufgaben wahrnehmen können, ist es genau so wichtig, ihr Erleben zu kennen. Oftmals lassen die Erfahrungen mit fbM Pflegende nicht unberührt. In Bigwood und Crowe (2008) äussert sich eine Pflegende folgendermassen: „It’s part of the job, but it spoils the job“ (S. 215). Das Erleben Pflegenden in belastenden Situationen muss demzufolge analysiert und ernst genommen werden. Dadurch kann allfälligen Burnouts und Fluktuationen vorgebeugt werden. Pflegefachpersonen nehmen eine wichtige Rolle bei der Entscheidung bezüglich fbM ein und tragen somit eine grosse Verantwortung, welche unter Umständen zu Überforderung führen kann (Troost, 2007). Bei der Anwendung von fbM in der Praxis werden empirische Daten nur begrenzt miteinbezogen (Hantikainen & Käppeli, 2000). Aus diesem Grund ist es zentral, die vorhandenen Ergebnisse in einer systematischen Literaturarbeit zusammenzufassen, um sie in der Praxis einfacher zu nutzen.

1.1 Fragestellungen und Hypothesen

Die beschriebene Ausgangslage führt zu folgenden Fragestellungen:

Wie erleben Pflegefachpersonen die Anwendung von physischen und medikamentösen freiheitsbeschränkenden Massnahmen?

Wie erleben erwachsene Angehörige die Anwendung von physischen und medikamentösen freiheitsbeschränkenden Massnahmen?

Zu Beginn der systematischen Literaturarbeit wurden Hypothesen bezüglich der Fragestellungen formuliert. Es wird vermutet, dass Pflegefachpersonen bei der Anwendung von fbM negative Gefühle und ethische Dilemmata erleben. Das Erleben Angehöriger hingegen wird aufgrund der Unwissenheit bezüglich der Interventionen durch Überforderung mit der Situation sowie Unsicherheit charakterisiert. Dies wiederum führt zum Erleben von negativen Emotionen.

1.2 Zielsetzung

Das primäre Ziel dieser Arbeit ist es, Faktoren zum Erleben Angehöriger und Pflegender bei der Anwendung von fbM zu analysieren. Es sollen möglichst alle Faktoren gefunden und eine Sättigung erreicht werden. Das Erfassen des Erlebens Pflegender soll dazu dienen, herauszufinden, in welchen Bereichen sie Unterstützung wünschen. Zudem sollen Pflegefachpersonen für das Erleben Angehöriger sensibilisiert werden, damit sie empathisch darauf eingehen können.

2 THEORETISCHER BEZUGSRAHMEN

2.1 Definitionen und Differenzierung von Freiheitsbeschränkungen

Laut der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) sind Zwangsmassnahmen Handlungen, die gegen den erklärten oder mutmasslichen Willen der Betroffenen durchgeführt werden. Zwangsmassnahmen können in Zwangsbehandlung und Freiheitsbeschränkung differenziert werden (SAMW, 2005).

Von einer Zwangsbehandlung spricht man, falls nicht nur die Freiheit eines Menschen beschränkt wird, sondern auch ein Eingriff in die körperliche Integrität stattfindet. Dies kann beispielsweise bei einer Zwangsmedikation der Fall sein, sobald ein Medikament gegen den Willen der Patientin oder des Patienten injiziert wird (SAMW, 2005).

Bei einer fbM wird im Unterschied zu einer Zwangsbehandlung ausschliesslich die Bewegungsfreiheit der betroffenen Person eingeschränkt (SAMW, 2008). Falls die oder der Betroffene urteilsfähig ist und in die Freiheitsbeschränkung einwilligt, liegt keine fbM vor. Ermler und Schmitt-Mannhart (2011) fügen an, dass eine fbM nur dann besteht, wenn die Patientin oder der Patient den Willen zur Fortbewegung hat und die Massnahme diesen behindert. Wird beispielsweise ein Bettgitter zum Schutz einer bettlägerigen Person angewendet, liegt keine fbM vor, da ein konkreter Wille zur Fortbewegung fehlt. Wird die Person jedoch gegen ihren Willen innerhalb des Bettes fixiert und somit ihre verbleibenden Bewegungsmöglichkeiten eingeschränkt, muss von einer fbM gesprochen werden (Ermler & Schmitt-Mannhart, 2011). FbM können mechanisch, medikamentös oder elektronisch sein. Beispiele dafür sind Stecktische an (Roll-) Stühlen, komplizierte Schliessmechanismen von Türen, Anwendung von psychischem Druck oder ein Sender am Handgelenk (Walther, 2007).

Beim Lesen der zuvor aufgeführten Definitionen stellt sich die Frage, wann von medikamentösen fbM die Rede ist. Walther (2007) führt folgende Definition auf: „Eine Freiheitsentziehung durch Medikamente liegt dann vor, wenn diese dazu verwendet

werden, den Betreuten an der Fortbewegung in der Einrichtung oder am Verlassen der Einrichtung zu hindern“ (S. 290). Haben Medikamente, welche zu Heilzwecken verabreicht werden, Nebenwirkungen, die den Bewegungsdrang einschränken, wird nicht von einer fbM gesprochen (Walther, 2007). Bürger (2012) fasst mehrere Aussagen zusammen und kommt zu folgendem Schluss:

Allen bislang zitierten Quellen ist gemeinsam, dass das Vorliegen einer medikamentösen Freiheitsbeschränkung jedenfalls dann verneint wird, wenn die aufgrund einer Sedierung eingetretene Bewegungsbeschränkung eine bloße (unvermeidliche) Nebenwirkung einer medizinischen Behandlung ist. E contrario wäre der Tatbestand der medikamentösen Freiheitsbeschränkung folglich zu bejahen, wenn die Sedierung keine unvermeidliche „Neben“wirkung, sondern eine beabsichtigte „Haupt“wirkung darstellt und somit therapeutisch gewollt ist (S. 608).

Bürger (2012) erwähnt, dass eine medikamentöse Freiheitsbeschränkung vorliegt, falls ein Medikament ohne medizinische Indikation und nur mit dem Zweck der Reduzierung des Bewegungsdranges verordnet wird. Weiter spricht man von einer medikamentösen fbM, falls die Medikation nicht dem therapeutischen Zweck entspricht und die Patientin oder der Patient durch die Sedierung in der Bewegung eingeschränkt wird. Abschliessend muss angefügt werden, dass auch eine medizinisch indizierte medikamentöse Behandlung eine fbM darstellen kann. Werden bei einer psychischen Erkrankung oder geistigen Behinderung Medikamente verabreicht, welche die charakteristischen Symptome wie Unruhe, Agitiertheit oder Aggressionen unterdrücken, liegt eine fbM vor (Bürger, 2012).

2.2 Prävalenz von freiheitsbeschränkenden Massnahmen

Es muss erwähnt werden, dass Prävalenzdaten von fbM spärlich vorhanden sind und unterschiedlich erhoben werden. Prävalenzzahlen aus der Geriatrie werden in der Einleitung präsentiert. In Tabelle 1 sind Daten aus Psychiatrien verschiedener Länder zusammengefasst (Steinert et al., 2010):

Tabelle 1: Prävalenz von fbM in der Psychiatrie (Steinert et al., 2010).

Land	Isolation in %	Mechanische / physische fbM in %
Deutschland	3.6	8.0
Schweiz	8.7	3.1
Holland	11.6	1.2
England	0.2 und 0.0	7.3 und 2.5
Finnland	8.3	5.0
Norwegen	0.07	2.6
Neuseeland	15.6	6.5
Japan	4.9	4.1

Die in Tabelle 1 präsentierten Daten zeigen, dass die Häufigkeit von fbM stark variiert. Gleichzeitig ist ersichtlich, dass fbM in vielen Ländern regelmässig angewendet werden.

2.3 Komplikationen und Risiken

Die fbM werden oft zum Schutz der Betroffenen angewendet. Trotzdem darf nicht vergessen werden, dass sie erhebliche Risiken bergen. Ermler & Schmitt-Mannhart (2011) warnen vor einer Abwärtsspirale. Werden die Betroffenen in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt, verstärkt sich oft ihre Unruhe. Darauf folgt eine medikamentöse Freiheitsbeschränkung mit Psychopharmaka, welche zu Verwirrung und erhöhter Sturzgefahr führt. Die Mobilisation wird erschwert und das Risiko für Thrombosen, Embolien, Hämatome, Dekubiti und Pneumonien steigt (Ermler & Schmitt-Mannhart, 2011). Bei genauer Betrachtung ist die Situation paradox: Um die Gesundheit von betagten oder sturzgefährdeten Menschen zu erhalten, werden sie durch Fixation vor Verletzungen geschützt. Dabei führen die fbM zu erhöhter Sturzgefahr und starker Einschränkung der Mobilität (Walther, 2007). Weitere mögliche Konsequenzen sind Nahrungs- und Trinkverweigerung, Exsikose sowie Schluckstörungen. Psychische Komplikationen wie Angst, Aggression oder Apathie

können ebenfalls auftreten. Die Lebensqualität der Betroffenen sinkt und im Extremfall kann der Tod durch Strangulation eintreten (Ermler & Schmitt-Mannhart, 2011). Es ist deshalb unabdingbar, vor der Anwendung einer fbM nach Alternativen zu suchen. Um fbM vorzubeugen, sollten Interventionen angewendet werden, die Ängste, Aggressionen und Unruhe mindern und gleichzeitig die Sicherheit der Betroffenen fördern. Besonders wichtig ist es, die Menschen in ihrer Orientierung zu unterstützen und ihre Mobilität zu fördern (Ermler & Schmitt-Mannhart, 2011).

Das Thema der fbM wirft im Praxisalltag zwangsläufig ethische Fragen auf. In den folgenden Kapiteln werden wichtige Begriffe zum Thema Ethik in Verbindung mit fbM erläutert.

2.4 Ethische Aspekte freiheitsbeschränkender Massnahmen

Anhand der Ethik werden die Massstäbe des menschlichen Handelns und die bestehenden moralischen Normen hinterfragt (Lay, 2012). Moral umfasst Normen und Werte, die von einer Gemeinschaft als verbindlich angenommen werden (Pieper, 2000, zitiert nach Lay 2012). Die Ethik befasst sich somit mit dem menschlichen Zusammenleben und hinterfragt, was gut oder schlecht ist. Es werden ausschliesslich Orientierungshilfen für ein verantwortungsvolles Handeln gegeben (Van Schayck, 2000). In Bezug auf die Pflege definiert Van der Arend (1998) Pflegeethik als „Nachdenken über verantwortliches Handeln im Rahmen der Berufsausübung von Pflegenden“ (S. 24). Bei der Anwendung von fbM treten oft ethische Entscheidungen zwischen den Normen Patientenautonomie und Fürsorge auf (Bobbert, 2011). Autonomie und Fürsorge gehören zu den ethischen Prinzipien, welche im folgenden Kapitel erläutert werden.

2.4.1 Die ethischen Prinzipien

Die vier gleichwertigen Prinzipien nach Beauchamp und Childress stellen Werte und Normen dar, die in der Pflege allgemein akzeptiert sind. Es sind Richtlinien, die in Bezug auf moralisches Handeln als Orientierungshilfen genutzt werden können (Fölsch, 2012; SBK, 2003). Zur besseren Übersicht werden die erwähnten Prinzipien in einer Tabelle dargestellt.

Tabelle 2: Die ethischen Prinzipien (SBK, 2003).

Prinzip	Konkretisierung
Autonomie	Das Prinzip gesteht jeder Person das Recht zu: <ul style="list-style-type: none"> - Unabhängig vom eigenen Zustand geachtet und respektiert zu werden. - Angemessen informiert zu werden, um Entscheidungen ohne Zwang selbst treffen zu können. - Gewissheit über die Respektierung der Privatsphäre und der Bewegungsfreiheit zu haben. - Wünsche, Gefühle, Werte und Neigungen frei zu äussern. - Zur eigenen Pflege etwas beizutragen oder sie abzulehnen.
Fürsorge/Gutes tun	Konkret bedeutet das Prinzip: <ul style="list-style-type: none"> - Jeder Mensch hat das Recht auf Unterstützung, um seine Gesundheit zu sichern. - Jede Person bekommt eine ihrem Zustand angemessene Behandlung. - Symptome werden ernst genommen. - Patientinnen und Patienten sollen sich in der Pflege sicher fühlen können. - Entscheidungen der Betroffenen werden respektiert
Nichtschaden/ Schadensvermeidung	Konkret beinhaltet das Prinzip das Recht auf: <ul style="list-style-type: none"> - Eine sichere Umgebung - Respekt und Schutz vor Verletzungen - Angemessene Pflege und Behandlung - Schutz vor physischem oder psychischem Zwang und Schaden - Schutz vor einem Schaden, der aufgrund eines Fehlverhaltens entstanden ist.
Gerechtigkeit	Das Prinzip beinhaltet: <ul style="list-style-type: none"> - Ressourcen müssen gerecht verteilt werden (austeilende Gerechtigkeit). - Menschen müssen unabhängig ihrer Herkunft ihren Bedürfnissen entsprechend behandelt werden (ausgleichende Gerechtigkeit). - Jede Person hat das Recht auf angemessene Pflege. - Bezüglich des Zugangs zu Ressourcen sollte Chancengleichheit bestehen. - Die Achtung der Grundrechte und der Würde jedes Menschen - Eine Organisation, bei der Betroffene Gerechtigkeit einfordern können.

Auf den ersten Blick wirken die Prinzipien Fürsorge/Gutes tun und Nichtschaden/Schadensvermeidung gleich. Dies ist nicht der Fall, da man eine schädliche Handlung unterlassen kann und trotzdem nichts Gutes tut (Fölsch, 2012). Die vier Prinzipien betrachtend wird deutlich, dass es im Pflegealltag Situationen gibt, in welchen sich diese Grundsätze widersprechen.

2.4.2 Ethische Dilemmata und Konflikte bei freiheitsbeschränkenden Massnahmen

Ethische Konflikte entstehen, wenn mehrere bedeutungsvolle Werte konkurrieren. Dabei können sich ethische Prinzipien gegenseitig ausschliessen. Konflikte zeichnen

sich durch ihre Lösbarkeit aus. Sind die sich widersprechenden Prinzipien gleichwertig und es ist kaum möglich zu entscheiden, welches das wichtigere ist, handelt es sich um ein ethisches Dilemma (Grossklaus-Seidel, 2002, zitiert nach Lay, 2012). Ein Beispiel des Schweizerischen Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) für ein ethisches Dilemma wird im Folgenden aufgezeigt:

Wie kann das Bedürfnis nach Freiheit und nach Sicherheit respektiert werden, wenn Menschen so handeln, dass ihre eigenen Interessen gefährdet scheinen: gesundheitsschädigendes Verhalten, Suizidversuche, Missbrauch schädigender Substanzen (...), Abbruch einer lebenserhaltenden Behandlung (...), Verweigerung von anerkannten Präventionsmassnahmen (...) oder von notwendigen Eingriffen (...)? (SBK, 2003, S.12).

Anhand dieser Frage wird deutlich, dass sich die ethischen Prinzipien Autonomie, Gutes tun und Nichtschaden widersprechen. Ähnliche Konflikte treten auch bei der Anwendung von fbM auf. Dies führt bei Pflegenden und Angehörigen zu Gewissensbissen (Lay, 2012).

2.5 Was ist Erleben?

Bei der Anwendung von fbM erleben die Beteiligten diverse Emotionen. Damit das Erleben genauer erklärt werden kann, ist ein kurzer Einblick in die Psychologie notwendig. Das Verhalten sowie das Erleben eines Menschen bestimmen sein Seelenleben. Das Verhalten stellt im Unterschied zum Erleben extern beobachtbare Äusserungen dar. Das Erleben hingegen ist ein Vorgang, welcher nur auf subjektiver Wahrnehmung beruht. Es wird als innerer Prozess bezeichnet, weil auch unbewusste Vorgänge miteingeschlossen werden (Altenthan et al., 2008). Erleben und Verhalten sind sich beeinflussende Vorgänge: „Verhalten ist einerseits immer ein Anzeichen für bestimmte Vorgänge im Menschen, andererseits äussern sich verschiedene Erlebensweisen im Verhalten eines Menschen“ (Altenthan et al., 2008, S. 19).

Das Erleben und Verhalten eines Menschen sind von konkreten Situationen und der Persönlichkeit abhängig. Weitere Einflussfaktoren sind das Sinnes-, Nerven- und Hormonsystem, welche für die Wahrnehmung zuständig sind. Diese wiederum wird von individuellen und sozialen Faktoren beeinflusst. Unter individuellen Faktoren werden zum Beispiel bisherige Erfahrungen, Interessen, Wertvorstellungen und Einstellungen verstanden wogegen soziale Faktoren beispielsweise gesellschaftliche Wert- und Normvorstellungen, andere Personen sowie Personengruppen darstellen (Altenthan et al., 2008).

Zusammenfassend ist das Erleben ein komplexes Konstrukt, welches durch verschiedene Faktoren beeinflusst wird und deshalb individuell ist. Dies gilt es bei der Analyse des Erlebens Pflegender und Angehöriger zu beachten. Eine nachvollziehbare Entscheidung in Bezug auf fbM kann negative Aspekte des Erlebens vermindern. Das Verwenden eines Instrumentes zur Entscheidungsfindung unterstützt ein strukturiertes Vorgehen und führt dadurch zu einer klaren und fundierten Argumentation (Hofer & Hofmann, 2010).

2.6 Das Entscheidungsmodell des Schweizer Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner

Beim Entscheid bezüglich fbM müssen mehrere Einflussfaktoren beachtet werden, etwa klinische Faktoren wie die Umgebung, Ansichten von Angehörigen, Betroffenen und Mitarbeitenden sowie die Gegebenheiten in der Institution (Lay, 2012). Bei der ethischen Entscheidungsfindung wird eine Güterabwägung durchgeführt. Dies bedeutet, dass verschiedene Argumente und Umstände sorgfältig überprüft und abgewogen werden und erst deren Reflexion eine ethisch begründete Entscheidung ermöglicht (SBK, 2013). Der SBK empfiehlt ein Vorgehen in sechs Phasen:

Tabelle 3: Entscheidungsmodell des SBK (SBK, 2013).

Phase	Beschreibung des Vorgehens
Die Analyse der Ist-Situation	Was passiert in der Situation? Welche Informationen haben wir über die Patientin oder den Patienten? Welche Tatsachen führten zum Konflikt zwischen den verschiedenen Werten oder Prinzipien?
Die Analyse der beteiligten Akteurinnen und Akteure mit ihren Interessen	Wer ist an der Situation beteiligt? Welche Werte und Strategien haben die Beteiligten? Kennt man den mutmasslichen Willen der betroffenen Person?
Die Analyse der ethischen Prinzipien und Tugenden	Welche Werte/Prinzipien konkurrieren oder stehen zur Diskussion? Was bedeuten die verschiedenen Werte für die beteiligten Personen?
Die Suche nach Lösungen	Welche Lösungen und Alternativen sind möglich? Was halten die Beteiligten von den verschiedenen Lösungen? Gibt es ein bestimmtes ethisches Prinzip, welches zum Wohle der Beteiligten bevorzugt werden muss? Wer muss die Verantwortung übernehmen?
Die Prüfung der vorgeschlagenen Lösungen	Können die vorgeschlagenen Lösungen realisiert werden und sind sie akzeptiert? Was bedeuten die Vorschläge für die beteiligten Personen und welche Auswirkungen haben sie auf die Gesellschaft? Berücksichtigen die Lösungen die Menschenwürde und die Nachhaltigkeit?
Die Entscheidung, die Durchführung und die Evaluation	Nach der gründlichen Abwägung wird die geeignete Lösung gewählt. Danach muss geplant werden, wer die Handlung wann und wie durchführt. Schlussendlich muss der gesamte Entscheidungsprozess evaluiert werden.

Der SBK räumt ein, dass der vorliegende Fragenkatalog nicht abschliessend ist (SBK, 2003). Der beschriebene Entscheidungsprozess verbindet Kopf (Erkennen der ethischen Prinzipien), Herz (Reflexion der ethischen Haltung) und Hand (Umsetzung der Entscheidung). Eine gute Handlung muss den Werten des menschlichen Zusammenlebens dienen. Diese sind Freiheit, Menschlichkeit, Individualität, Respekt und Anerkennung, welche unter dem Begriff der Menschenwürde zusammengefasst werden. Diese gilt als oberster Grundsatz, welcher der Güterabwägung Grenzen setzt (SBK, 2013).

2.7 Rechtliche Aspekte freiheitsbeschränkender Massnahmen

Die Auseinandersetzung mit den fbM zieht rechtliche Aspekte und Definitionen mit sich, welche genauer diskutiert werden müssen. In den Menschenrechten in Artikel 3 steht: „Jeder hat das Recht auf Leben, Freiheit und Sicherheit der Person“ (Office of the High Commissioner for Human Rights, 1948). In der Schweizerischen Bundesverfassung in Artikel 10, Absatz 2 wird ebenfalls festgehalten, dass jede Person das Recht auf persönliche Freiheit hat. Dies bezieht sich hauptsächlich auf die körperliche und geistige Unversehrtheit und die Bewegungsfreiheit (Die Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft, 2014). Trotzdem kommt es in medizinischen Einrichtungen immer wieder zur Verletzung dieses Rechts. Vor allem, wenn eine Person durch ihren aktuellen Gesundheits- oder Krankheitszustand gefährdet ist und diesen nicht mehr adäquat oder rational einschätzen kann. In solchen Fällen ist das medizinische Personal zum Handeln verpflichtet. Häufig können solche Umstände zur Anwendung von fbM führen.

2.7.1 Voraussetzungen für die Anwendung freiheitsbeschränkender Massnahmen

Laut dem Schweizerischen Zivilgesetzbuch (ZGB) Artikel 383, B. ,I., Absatz 1 müssen Interventionen, bei denen die Freiheit einer Person eingeschränkt wird verhältnismässig und begründet sein (Die Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft, 2014). Die Beachtung der Verhältnismässigkeit bedeutet, dass die geplante Massnahme notwendig ist. Zudem muss die Intervention proportional zum Ausmass der Gefährdung sein und kann nicht durch eine weniger einschneidende Massnahme ersetzt werden (SAMW, 2005). FbM sind nach ZGB Artikel 383, Absatz 1 nur indiziert, wenn sie dazu dienen, Selbst- oder Fremdgefährdung zu verhindern oder schwerwiegende Störungen des Gemeinschaftslebens zu beseitigen (Die Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft, 2014). Sie gelten als letzte Möglichkeit, wenn alles andere nicht geholfen hat (Ermler & Schmitt-Mannhart, 2011).

FbM dürfen nicht präventiv und nur in konkreten Gefährdungssituationen angewendet werden (Walther, 2007). Selbstgefährdung tritt auf, wenn eine Person droht, sich selbst Schaden zuzufügen. In solchen Fällen sind Zwangsmassnahmen nur indiziert, wenn die Person urteilsunfähig ist. Fremdgefährdung hingegen besteht, wenn Menschen absehbaren Gefahren ausgehend von anderen Personen ausgesetzt sind. In diesem Falle ist medizinisches Handeln gegen den Willen der betroffenen Person indiziert (SAMW, 2005).

Bevor eine fbM vollzogen wird, müssen gewisse Punkte eingehalten werden. Nottfälle sind ausgenommen, da fbM in diesen Situationen anders gehandhabt werden. Das ZGB schreibt folgendes Vorgehen vor (Die Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft, 2014):

- Die betroffene Person wird über das Geschehen und dessen Ablauf informiert. Dauer der fbM und wer sich während dieser Periode um sie kümmert, werden mitgeteilt (Artikel 383, B., I., Absatz 2).
- Eine regelmässige Evaluation ist unumgänglich (Artikel 383, B., I., Absatz 3).
- Damit dies überprüft werden kann, wird über jede fbM Protokoll geführt (Artikel 384, Absatz 1).
- Die vertretungsberechtigte Person wird informiert und hat das Recht jederzeit Einblick in das Dokument zu erhalten (Artikel 384, Absatz 2).

2.7.2 Urteilsfähigkeit

Als urteilsfähig bezeichnet der Schweizer Rechtsstaat Personen, welche vernunftgemäss zu handeln wissen. Eine Person ist laut ZGB Artikel 16 d. urteilsfähig, wenn die vorausgesetzte Vernunft nicht durch Kindesalter, geistige Behinderung, psychische Störung, Rausch oder ähnliche Zustände tangiert wird. Bei urteilsunfähigen Personen schreibt Artikel 19, 3. a., Absatz 1 vor, dass der gesetzliche Vertreter handelt (Die Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft, 2014).

2.7.3 Rolle der Angehörigen und des medizinischen Personals

Eine urteilsfähige Person kann in der Schweiz in einer Patientenverfügung darlegen, welche medizinischen Massnahmen sie bei eintretender Urteilsunfähigkeit erlauben würde. Ebenfalls besteht die Möglichkeit, eine Person zu bestimmen, welche im Fall der Urteilsunfähigkeit mit der Ärzteschaft medizinische Massnahmen besprechen und anschliessend im Namen der urteilsunfähigen Person entscheiden kann (ZGB Artikel 370, A.) (Die Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft, 2014). Falls keine vertretungsberechtigte Person festgelegt ist, regelt eine im

Erwachsenenschutzrecht des ZGB bestimmte Kaskade, wer die gesetzliche Vertretung übernehmen darf (Ermler & Schmitt-Mannhart, 2011). Die konkrete Reihenfolge der berechtigten Personen ist im Anhang (Kapitel 10.1) aufgeführt. Die Ärzteschaft darf im Fall von mehreren vertretungsberechtigten Personen davon ausgehen, dass diese im gemeinsamen Einverständnis handeln. Liegen in einer Patientenverfügung keine Weisungen vor, muss die vertretungsberechtigte Person laut ZGB Artikel 378 B., Absatz 2 und 3 nach dem mutmasslichen Willen sowie den Interessen der Patientin oder des Patienten handeln (Die Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft, 2014).

Welche konkrete Rolle Angehörige und medizinisches Personal bei der Anwendung von fbM einnehmen, wird folglich genauer beschrieben. Grundsätzlich entscheidet die Wohn- oder Pflegeeinrichtung, ob eine fbM indiziert ist (Ermler & Schmitt-Mannhart, 2011). Die vertretungsberechtigten Personen und/oder nahestehende Dritte werden laut ZGB Artikel 377, A., Absatz 2 in den Entscheidungsprozess miteinbezogen (Die Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft, 2014). Zusätzlich wird die urteilsunfähige Person den Umständen entsprechend in die Entscheidungsfindung involviert. Falls im Entscheidungsprozess Uneinigkeiten zwischen den verschiedenen Parteien auftreten, muss die Einrichtung verbindlich entscheiden. Gegen den Entscheid kann durch die betroffene Person oder nahestehende Dritte Beschwerde bei der Erwachsenenschutzbehörde eingereicht werden (Ermler & Schmitt-Mannhart, 2011). Es ist offensichtlich, dass Angehörige durch das neue Kindes- und Erwachsenenschutzgesetz der Schweiz eine entscheidende und verantwortungsvolle Aufgabe wahrnehmen.

3 METHODE

Die Fragestellungen werden anhand einer systematischen Literaturrecherche beantwortet. Dabei werden vorwiegend qualitative Studien berücksichtigt. Quantitative Studien werden nur einbezogen, falls sie einen entscheidenden Beitrag zur Beantwortung der Fragestellungen leisten. Die Suche nach geeigneten Studien und Reviews erfolgte auf den Datenbanken PubMed, Cinahl, The Cochrane Library, Medline und PsychInfo. Die Autorinnen recherchierten parallel mit unterschiedlichen Suchbegriffen zwischen Januar und Mitte Juni 2014. Die verwendeten MESH-Begriffe und Textworte leiten sich aus der Fragestellung ab und sind in der Suchstrategie ersichtlich. Anhand der Abstracts und der Volltexte entschieden die Autorinnen, welche Studien bearbeitet werden. Aus der Literaturrecherche resultieren 14 Forschungsarbeiten, welche anhand von Checklisten bewertet und in

Übersichtstabellen zusammengefasst werden. Das angewendete Verfahren ruft keine ethischen Konfliktsituationen hervor.

3.1 Ein- und Ausschlusskriterien sowie Limiten

Um geeignete Studien und Reviews zu selektionieren, wurden vor der Recherche Ein- und Ausschlusskriterien definiert. Einbezogen werden Arbeiten, die das Thema der physischen und/oder medikamentösen fbM in Bezug auf das Erleben Angehöriger und/oder Pflegender untersuchen. Das Einbeziehen von Studien aus nicht westlichen Kulturkreisen muss sorgfältig überdacht werden, da die Übertragbarkeit nicht gewährleistet ist. Studien aus dem Setting der Intensiv- und Notfallpflege werden ausgeschlossen, da fbM dort anders gehandhabt werden. Studien, welche die Anwendung von fbM an Kindern untersuchen, werden ebenfalls ausgeschlossen. Berücksichtigt werden Studien und Reviews aus der Psychiatrie, Geriatrie, Rehabilitation und dem Akutspital. Das Ziel sind pflegerelevante Resultate, deshalb werden Studien aus dem Bereich der Zahnmedizin nicht beachtet. Als Limiten setzen die Autorinnen, dass die Studien in Englisch, Deutsch oder Französisch, mit Abstract und in den letzten zehn Jahren (2003-2014) veröffentlicht wurden. Das Mindestalter der Studienbeteiligten muss 18 Jahre betragen. Teilweise wird die Limite „Humans“ gesetzt. Da das Thema Freiheitsbeschränkung ethische Aspekte mit sich bringt, müssen die einbezogenen Studien auf ethische Angemessenheit geprüft sein.

3.2 Suchstrategie

Die Suchstrategie ergibt fünf qualitative, zwei quantitative und zwei mixed-methods Studien. Weiter werden drei qualitative und eine mixed-methods Review sowie eine systematische Review mit qualitativen und quantitativen Daten selektioniert. Sechs Forschungsarbeiten erhoben Daten in der Geriatrie, sechs in der Psychiatrie und je eine im Akutspital und in einer Rehabilitationsklinik.

Tabelle 4: Suchstrategie

Datenbanken	Suchbegriffe (MESH-Terms & Textworte) und Operatoren	Limiten	Anzahl gefundener Studien	Anzahl verwendeter Studien
PsychInfo	“physical restraint” AND relatives AND perspective	Abstract, 2003- current, E, Humans	28	1 (Lai & Wong, 2008)
PubMed	(“medication”) AND “Aggression”[Mesh] AND “Family”[Mesh]	10 years	7	1 (O'Brien & Cole, 2004)
PubMed	(“Restraint, Physical” [Mesh] OR “Immobilization”[Mesh]) AND “Family”[Mesh]	Abstract, 10 years, E/F/D, Adults 19+	16	1 (Haut, Kolbe, Strupeit, Mayer, & Meyer, 2009)
PubMed	(“Family”[Mesh] OR “family”) AND (“Restraint, Physical”[Mesh] OR “physical restraint”) AND (“Personal Narratives as Topic”[Mesh] OR “experience”)	Abstract, 10 years, E/F/D	13	1 (Zwijzen, Depla, Niemeijer, Francke, & Hertogh, 2011)
PubMed	(“Nursing”[Mesh] OR “nurse”) AND (“Personal Narratives as Topic”[Mesh] OR “experience”) AND (“physical restraint” OR “Restraint, Physical”[Mesh])	Abstract, 10 years, E/F/D	22	4 (Van der Merwe, Muir-Cochrane, Jones, Tziggili, & Bowers, 2013) (Perkins, Prosser, Riley, & Whittington, 2012) (Happell & Harrow, 2010) (Moran et al., 2009)
Cinahl	„physical restraint“ AND family	2004-2013, all adult	10	1 (Oearsakul, Sirapo-ngam, Strumpf, & Malathum, 2011)

Datenbanken	Suchbegriffe (MESH-Terms & Textworte) und Operatoren	Limiten	Anzahl gefundener Studien	Anzahl verwendeter Studien
Cinahl	“Chemical restraint” AND family	2004-2011	8	1 (Moore & Haralambous, 2007)
Cinahl	„Chemical restraint“ AND experience	2008-2012	3	1 (Jarrett, Bowers, & Simpson, 2008)
Medline	„physical restraint“ AND family AND qualitative		4	1 (Saarnio & Isola, 2009)
Medline	“physical restraint” AND family	Abstract 2003- current, Humans	22	1 (Haut, Böther, Franke, & Hartmann, 2007)
The Cochrane Library	“physical restraints” AND nurses AND qualitative		6	1 (Möhler & Meyer, 2014)

4 ERGEBNISSE

4.1 Tabellarische Übersichten

Tabelle 5: Übersichtstabelle Happell und Harrow (2010)

Autor, Jg., Land	Fragestellung/ Zielsetzung/ Hypothese und Design	Datenbanken und einbezogene Studien	Methode zur Auswahl der Studien	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen	Stärken, Schwächen
Happell und Harrow (2010) Australien	Das Ziel der Review ist, die Haltung von Psychiatriepflegenden gegenüber Isolation zu untersuchen. Dies soll weiter dazu dienen, die Anwendung von Isolationen zu reduzieren. Qualitative Literaturreview	Es wurden die Datenbanken SCOPUS und CINAHL durchsucht. Primär wurden 84 Abstracts herausgefiltert. Daraus ergeben sich 28 qualitative Studien, die den Ein- und Ausschlusskriterien entsprechen.	Es wurde mit den Suchbegriffen „Patient seclusion“, „Seclusion“, „Attitudes“, „Nurses“, „Psychiatric nursing“, „Nurse-patient relations“, „Containment measures“ und „Professionals“ gesucht. Zudem erfolgte eine Handsuche in den Literaturverzeichnissen der Studien. Limiten: 1995 - 2009, Englisch, Forschung, Artikel oder Review, Gesundheits- oder Sozialwissenschaften. Einschlusskriterium ist, dass die Studie mindestens einen dieser Aspekte behandelt: <ol style="list-style-type: none"> 1. Antworten von Pflegenden zur Anwendung von Isolation, 2. Entscheidungsfindung von Pflegenden bei Isolationen 3. Faktoren, die die Anwendung von Isolation beeinflussen. Es werden nur Studien und Reviews einbezogen. Studien mit Kindern oder Personen mit Lernschwierigkeiten sind ausgeschlossen.	<u>Eine notwendige Intervention</u> Isolation wird als notwendig betrachtet, um die Sicherheit von Pflegenden, Patientinnen und Patienten sowie des Umfeldes zu gewährleisten und mit Aggressionen umzugehen. Pflegende unterstützen Isolationen, da sie sich sicherer fühlen. Pflegefachpersonen äussern, dass Isolation aufgrund der Patientencharakteristika und aggressivem Verhalten nötig ist. Sicherheit wird höher gewichtet als therapeutische Überlegungen. <u>Kultur am Arbeitsplatz</u> Pflegende, die anders empfinden als ihre Mitarbeitenden äussern dies oft nicht. Pflegende äussern, dass sie mehr Alternativen anwenden würden, wenn sie nach ihrem eigenen Wertesystem arbeiten könnten. Wenn Pflegende bei der Anwendung von fbM Unbehagen äussern, haben sie den Eindruck, dass das Management keine Alternativen oder Ressourcen zur Verfügung stellen will. <u>Konflikt</u> Es besteht ein Konflikt zwischen Fürsorge und Kontrolle über die Betroffenen. In zwei Studien der Review wird ein ethischer Konflikt jedoch auch verneint. Emotionen werden meist unterdrückt. Pflegende äussern Stress, Unbehagen und Angst. Frustration und eine tiefe Moral treten bei Abwesenheit von Alternativen und häufiger Anwendung von Isolation auf. <u>Ethische Überlegungen</u> Viele Pflegende finden fbM ethisch nicht problematisch. Pflegende denken, dass Isolation ein positives Outcome hat.	<u>Stärken:</u> Die Studie hat ein grosses Sample. Das Ziel ist klar und pflegerelevant. Limiten sowie Ein- und Ausschlusskriterien sind angemessen. Die Zusammenfassung der Ergebnisse ist sehr umfassend und beinhaltet verschiedene Themen. Es werden Empfehlungen für die Praxis formuliert. <u>Schwächen:</u> Es fehlt eine Übersicht und Bewertung der verwendeten Studien. Die Qualität der verwendeten Studien ist nicht beurteilbar. Es ist unklar, ob die Studien überhaupt vergleichbar sind. Der Methodenteil ist unvollständig und es ist nicht ersichtlich, ob die Literaturrecherche systematisch war. Es werden keine Limitationen diskutiert. Es wurden nur zwei Datenbanken durchsucht. Die Schlussfolgerung ist nur schwer aufzufinden.

Tabelle 6: Übersichtstabelle Haut et al. (2007)

Autor, Jg., Land	Fragestellung/ Zielsetzung/Hypothese und Design	Datenbanken und einbezogene Studien	Methode zur Auswahl der Studien	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen	Stärken, Schwächen
Haut et al. (2007) Deutschland	Das Ziel der Review ist, die Forschungslage zur Haltung von Pflegenden, Angehörigen und älteren Betroffenen gegenüber fbM in der stationären Versorgung aufzuzeigen. Literaturanalyse	Es wurde auf den Datenbanken PubMed, Cinahl, Dimdi und Gerolit recherchiert. Fünf Studien erfüllen die formulierten Kriterien. Ausgangspunkt für die Literaturrecherche war die systematische Review des Johanna Briggs Institutes mit qualitativen Studien. Weiter werden zwei qualitative und zwei quantitative Studien eingeschlossen.	Die Basis der Literaturrecherche war eine systematische Review des Johanna Briggs Institute. Es wurde nach neueren und in der Review nicht enthaltenen Studien gesucht. Als Ein- und Ausschlusskriterien werden die Sprache (Deutsch und Englisch) und der westliche sowie angloamerikanische Kulturkreis definiert.	<p><u>Haltung von Pflegenden:</u> Drei Studien zeigen eine ambivalente und differenzierte Haltung von Pflegenden auf. Es besteht ein Dilemma zwischen der Achtung von Würde und Selbstbestimmung der Betroffenen und der Pflicht die Verantwortung für den Schutz dieser Personen zu übernehmen. Pflegende äussern, dass sie fbM gleichzeitig als Verletzung der Menschenwürde und als schützende Massnahme wahrnehmen. „(...) for the simple reason that if they get up they will fall (...) in these cases I'm all in favour of tying down“ (S. 207). Die routinemässige und unreflektierte Anwendung von fbM beurteilen die Pflegenden kritisch. Es gibt auch erhebliche Spannungen zwischen dem Ziel einer individuellen Pflege und der Verantwortung für mehrere Bewohner. „If he is not tied down he'll always go over to other residents and shake them and I can't take the responsibility for that, it's not fair for the others“ (S. 207).</p> <p><u>Haltung von Angehörigen:</u> Die Angehörigen äussern sich eher negativ. Sie empfinden Wut und Unverständnis, wenn sie die Notwendigkeit der Massnahme nicht nachvollziehen können. Weiter erleben sie die Interventionen als entwürdigend und haben Schuldgefühle. „It's degrading to see him tied“ (S. 208). Zudem können Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit auftreten. Angehörige äussern sich jedoch positiv, wenn die fbM konkret zur Verhinderung von Stürzen und Verletzungen verwendet werden.</p>	<p><u>Stärken:</u> Die Pflegerelevanz und der Forschungsbedarf werden klar aufgezeigt. Die Limitationen werden deklariert. Die Ergebnisse sind in Unterkapitel strukturiert.</p> <p><u>Schwächen:</u> Der Methodenteil ist zu knapp beschrieben und es bleibt unklar, ob die Recherche systematisch erfolgte. Es werden nur wenige Studien einbezogen, diese weisen kleine Stichproben und methodische Schwächen auf. Die Methoden der einzelnen Studien sind nicht vergleichbar. Die Qualität der verwendeten Studien wird als gering beschrieben. Deshalb können keine validen Aussagen zum Thema gemacht, sondern nur Tendenzen aufgezeigt werden. Die Begriffe Haltung, Wahrnehmung und Erfahrung werden nicht differenziert. Es wird nicht erwähnt, wie viele Personen an der Literaturrecherche und an der Selektion der Studien beteiligt waren.</p>

Tabelle 7: Übersichtstabelle Haut et al. (2009)

Autor, Jg., Land	Fragestellung/Zielsetzung/Hypothese und Design	Setting und Sample	Intervention und/oder verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen	Stärken, Schwächen
Haut et al. (2009) Deutschland	Ziel der Studie ist es, die Haltung von Angehörigen von Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern gegenüber fbM zu erforschen. Dies soll dazu dienen, Barrieren oder Vereinfachungsmechanismen zu verstehen, mit welchen Pflegenden bei der Entscheidung für oder gegen fbM konfrontiert sind. Die Haltung der Angehörigen zu folgenden Aspekten wird untersucht: Gründe für fbM, Konsequenzen, Angemessenheit, Einschätzung der Einschränkung und der Unannehmlichkeit. Die Resultate werden mit einer Studie verglichen, welche die Haltung Pflegenden untersucht hat. Querschnittstudie (cross-sectional survey)	Das Setting umfasst 13 Pflegeheime im Norden und im Westen Deutschlands. 177 Angehörige von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner wurden befragt. Angehörige sind definiert als Ehepartner, Kinder und Enkelkinder, Partnerinnen und Partner, Cousins und Cousines, Nichten und Neffen sowie enge Freunde. Die zum Vergleich verwendete Studie untersuchte die Haltung von 258 Pflegenden aus 25 Pflegeheimen in Deutschland.	Es wurde die deutsche Version des Maastricht Attitude Questionnaire (MAQ) verwendet. Dieser enthält mehrere Likert-Skalen, mit welchen die Haltung eingeschätzt werden kann. Für die Befragung der Angehörigen wurde der Fragebogen leicht angepasst. Die angepasste Version wurde in einem Pilotversuch getestet und verbessert. Das Cronbachs Alpha beträgt 0.82- 0.88. Die Studie, welche für den Vergleich genutzt wird, hat ebenfalls mit dem MAQ gearbeitet. Das Cronbachs Alpha beträgt hierbei 0.57-0.79.	Alle Werte sind als Mean±Standardabweichung (SD) angegeben. Angehörige und Pflegenden bewerten die fbM auf einer 5-Punkte Likert-Skala (5= vollständige Zustimmung) als angemessen (A= 4.04±0.69, P= 4.24±0.63). Es besteht ein signifikanter Unterschied (p-Wert<0.001). Generell zeigen Angehörige eine positivere Haltung als Pflegenden (A= 3.40±0.60 vs. P= 3.07±0.48, p-Wert<0.001). Auf einer 3-Punkte Likert-Skala wird die Einschränkung und Unannehmlichkeit von verschiedenen fbM eingeschätzt (3= sehr einschränkend und sehr unangenehm). Betrachtet man fbM generell, ist die Einschätzung von Angehörigen und Pflegenden ähnlich (E= 2.11±0.33 vs. 2.19±0.29, U= 2.10±0.38 vs. 2.17±0.32, p-Wert<0.05). Beide bewerten Handgelenk- und Fussgelenkfixierungen als am stärksten einschränkend und unangenehm (Unterschied nicht signifikant). Als am wenigsten unangenehm und einschränkend werden Klingelmatten, Infrarot-Systeme und einseitige Bettgitter bewertet (signifikanter Unterschied zwischen A & P, p-Wert< 0.05). Besonders stark unterscheiden sich die Ansichten von Pflegenden und Angehörigen bei geschlossenen Schlafanzügen und dem Abschliessen von Türen (A vs. P: Schlafanzug E= 2.40±0.64 vs. 1.67±0.68, U= 2.43±0.63 vs. 1.75±0.69; Abschliessen von Türen E= 1.99±0.79 vs. 2.39±0.71, U= 1.88±0.81 vs. 2.38±0.72). Angehörige, welche ihre Familienmitglieder maximal einmal pro Woche besuchen, haben eine signifikant positivere Haltung gegenüber fbM und empfinden sie als weniger unangenehm als Personen, die täglich oder zwei- bis dreimal pro Woche zu Besuch sind (p-Wert< 0.05).	<u>Stärken:</u> Interne Konsistenz und Cronbachs Alpha des MAQ sind hoch. Es besteht ein grosses und gut beschriebenes Sample. Viele zusätzliche Studien werden einbezogen. Die Pflegerelevanz und der Nutzen für die Praxis werden überzeugend aufgezeigt. <u>Schwächen:</u> Der quantitative Ansatz ist nur teilweise geeignet. Ein qualitativer Ansatz hätte mehr Aspekte hervorgebracht. Nur Skalen, die mindestens zu 50% beantwortet wurden, werden verwendet. Es wurde keine Alphafehler-Anpassung gemacht. Das Convenience Sampling führt zu einer nicht repräsentativen Stichprobe und die Generalisierbarkeit ist fraglich.

Tabelle 8: Übersichtstabelle Jarrett et al. (2008)

Autor, Jg., Land	Fragestellung/Zielsetzung/Hypothese und Design	Datenbanken und einbezogene Studien	Methode zur Auswahl der Studien	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen	Stärken, Schwächen
Jarrett et al. (2008) England	Ziel der Studie ist, das demographische und klinische Profil von Patientinnen und Patienten, welche Zwangsmedikation erhalten zu erfassen. Ebenfalls werden die Ansichten von Patientinnen und Patienten sowie vom Pflegefachpersonal untersucht. Narrative qualitative Literaturreview	Die Studiensuche fand auf folgenden Datenbanken statt: British Nursing Index, CINAHL, PsycINFO, EMBASE, Ovid MEDLINE, Evidenced Based Medicine, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Database of Abstracts of Reviews of Effects, American College of Physicians Journal Club. Es werden 14 Studien aus sieben verschiedenen Ländern einbezogen.	Es wurde mit verschiedenen zum Thema passenden Suchbegriffen auf den Datenbanken gesucht. Einschlusskriterien: Begutachtung der Studie durch eine/n Forscherkollegin / Forscherkollegen. Publikation in Englisch. Der Themenfokus muss auf Zwangsmedikation in psychiatrischen stationären Settings liegen. Ausschlusskriterien: Datenerfassungen bezüglich Effektivität eines Medikamentes oder deren physischer Einfluss werden ausgeschlossen. Ebenfalls Themen, welche im Zusammenhang mit (Non-) Compliance und Behandlung stehen. Studien aus ambulanten psychiatrischen Settings wurden nicht inkludiert.	In einer Studie resultiert, dass Pflegefachpersonen gewisse Zwangsmassnahmen als problematischer betrachten als andere. Mit 18% Zustimmung bereitet die Zwangsmedikation die grössten ethischen Probleme. Das Überzeugen von Patientinnen und Patienten, Medikamente einzunehmen, löst am wenigsten ethische Konflikte aus. In einer anderen Studie wird vermehrt Fokus auf den positiven Effekt von Medikamenten gelegt. Trotzdem können alle befragten Patientinnen und Patienten eine alternative Massnahme zur Medikation nennen. Pflegefachpersonen können hingegen keine einzige nennen. Sie äussern, dass Alternativen kurzzeitige Lösungen darstellen.	<u>Stärken:</u> Die Suchstrategie für passende Daten wird so gut als möglich beschrieben. Ein- und Ausschlusskriterien werden genannt. Gefundene Studien werden tabellarisch zusammengefasst. Allgemein besteht eine übersichtliche Struktur. Die Review wird durch die Forschergruppe selbst kritisch bewertet. Die Review zeigt die Dringlichkeit, mehr Daten in diesem Themengebiet zu erheben. <u>Schwächen:</u> Es wurde keine graue Literatur einbezogen, jedoch wurde in den Literaturverzeichnissen der gefundenen Literatur nach weiteren Studien gesucht. Die wenigen eingeschlossenen Studien werden aufgrund der spärlich vorhandenen Literatur zum Thema nicht konkret begutachtet. Die Datenanalyse ist sehr knapp beschrieben, so dass der Wahrheitswert sinkt. Es wird nicht genannt, wie die Daten verglichen und interpretiert werden. Die Qualität einer narrativen Review ist tief, da kein systematischer Ansatz besteht.

Tabelle 9: Übersichtstabelle Lai und Wong (2008)

Autor, Jg., Land	Fragestellung/Zielsetzung/Hypothese und Design	Setting und Sample	Intervention und/oder verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen	Stärken, Schwächen
Lai und Wong, (2008) China, Hong Kong	<p>Das Ziel der Studie ist, die Haltung von Familienangehörigen gegenüber fbM zu erforschen. Dies soll dazu dienen, Programme zur Familienbildung zu entwickeln, um die Prävalenz von fbM zu senken.</p> <p>Deskriptive Studie mit Interviews anhand von Fragebögen</p>	<p>Setting sind medizinische und geriatrische Abteilungen einer Rehabilitationsklinik in Hong Kong.</p> <p>Es wurde ein Convenience Sampling durchgeführt. Es haben 25 Angehörige von Patientinnen und Patienten teilgenommen. Die Patientinnen und Patienten müssen von mindestens einer fbM betroffen sein. Als Angehörige zählen Ehepartner, erwachsene Kinder, Schwiegertöchter und Schwiegersöhne sowie Eltern.</p>	<p>Es fand ein Interview anhand eines Fragebogens mit 12 geschlossenen Fragen statt. Die Fragen umfassen folgende Fakten: Verwandtschaftsgrad, Häufigkeit der Besuche, Art der fbM, Kenntnisse über die Gründe der fbM, Haltung gegenüber fbM, Kenntnisse zu Alternativen, ob die Angehörigen ihre Meinungen gegenüber den Pflegenden äussern und ob die fbM ab und zu entfernt werden.</p> <p>Das Instrument wurde in einer Pilotphase getestet und mehrmals überarbeitet. Die Interviewer wurden intensiv geschult und füllten den Fragebogen aus. Die Interrater-Reliabilität beträgt nahezu 95%.</p>	<p>Sechzehn Teilnehmende (64%) wissen, wann die fbM zum ersten Mal angewendet wurden. Auf die Frage, was sie von den fbM halten, machen 21 Befragte keine Angaben (84%). Drei Personen (12%) äussern, dass sie die fbM befürworten und eine Person (4%) sagt, dass sie negative Gefühle empfinde. Es besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Haltung gegenüber fbM und der Anzahl Besuche pro Woche ($p=0.775$). 88% der Befragten (22 Personen) empfinden die Anwendung von fbM als nützlich. Davon sagen 15 Personen (71%) es sei sicherer für die Betroffenen. Die restlichen sechs Personen (29%) geben keine genaueren Angaben, würden die fbM jedoch als hilfreich beschreiben. Drei Personen (12%) können nicht sagen, ob sie die fbM als nützlich empfinden oder nicht. 48% der Interviewten (12 Personen) würden bei Problemen ihre Meinung dem Pflegepersonal mitteilen. Die gleiche Anzahl Personen würde ihre Meinung nicht äussern. Bei einer Person gibt es zu dieser Frage keine Angaben. Vier von 25 Personen (16%) haben versucht mit den Pflegenden zu sprechen. Zwanzig Personen (80%) haben es nicht versucht und zu einer Person (4%) gibt es keine Angaben. Auf die Frage, wer bereits einmal Unbehagen bezüglich den fbM geäußert habe, antworten vier Personen (16%) mit Nein. Zu den restlichen 21 Personen (84%) gibt es keine Angaben. 52% der Befragten geben an, dass es keine Alternativen zu fbM gibt. 12% (3 Personen) kennen Alternativen und 36% äussern, dass sie noch nie über diese Frage nachgedacht haben.</p>	<p><u>Stärken:</u> Das Ziel ist klar und pflegerelevant. Die Resultate sind anhand aktueller Literatur diskutiert. Kulturelle Einflüsse werden berücksichtigt. Die Methode ist klar beschrieben und der Fragebogen wurde ausreichend getestet. Zudem wurden die Interviewer geschult. Die Interrater-Reliabilität beträgt nahezu 95%. Die ethischen Anforderungen werden eingehalten.</p> <p><u>Schwächen:</u> Geschlossene Fragen eignen sich nicht, da die Antwortkategorien die Aussagen beeinflussen (keine individuellen Antworten möglich). Das Sample ist relativ klein und die Population ist nicht genug detailliert beschrieben. Dadurch ist die Generalisierbarkeit der Ergebnisse in Frage gestellt. Durch das Convenience Sampling ist die Repräsentativität der Stichprobe fraglich.</p>

Tabelle 10: Übersichtstabelle Möhler und Meyer (2014)

Autor, Jg., Land	Fragestellung/Zielsetzung/ Hypothese und Design	Datenbanken und einbezogene Studien	Methode zur Auswahl der Studien	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen	Stärken, Schwächen
Möhler und Meyer (2014) Deutschland	<p>Das Ziel der Studie ist, die Haltungen von Pflegenden in der Geriatrie in Bezug auf fbM zu untersuchen. Zusätzlich wird betrachtet, ob es Unterschiede in der Haltung von Pflegenden in Langzeit- oder akuten Institutionen, in verschiedenen Ländern oder zu verschiedenen Zeitepochen gibt.</p> <p>Systematische Review und Synthese von qualitativen und quantitativen Studien.</p>	<p>Folgende Datenbanken wurden durchsucht: Medline (via PubMed), CINAHL, EMBASE, Psyn dex, PsychInfo, Social SciSearch, SciSearch and Forum Qualitative Social Research. Die Suche ergibt 30 relevante Studien. Eine Studie wurde zusätzlich via „forward citation“-Suche (Scopus, Google Scholar) gefunden. Dies ergibt ein Sample von 20 quantitativen Studien, 10 qualitativen Studien und einer mixed-methods Studie. Zeitperiode: 2011- 2013 Update: August 2013 Es wurden keine weiteren Studien gefunden.</p>	<p>Limiten, Ein- und Ausschlusskriterien: 1990- 2011, Englisch und Deutsch. Es werden nur Studien aus der Geriatrie einbezogen. Es werden alle Studientypen einbezogen. Die Recherche fand von zwei Autoren unabhängig voneinander statt. Suchbegriffe: physical restraints, bedrail, belt, containment measure, attitude, perception, experience, perspectives, feelings, caregiver, nurse. Es wurden Literatur-verzeichnisse und Scopus, Google Scholar für zusätzliche Studien durchsucht. Die Qualität der Studien wurde mit spezifischen Instrumenten beurteilt. Die Datenauswahl geschah durch zwei unabhängige Personen und wurde mit einem Instrument überprüft.</p>	<p>Qualitativ: <u>Gefühle von Pflegenden gegenüber fbM:</u> Negative Gefühle wie Schuld, Frustration, Trauer, Unbehagen und Mitleid. Gewisse Studien zeigen positive Gefühle, wie Sicherheit oder Erleichterung. <u>Empfindung, dass fbM zur täglichen Arbeit gehören:</u> FbM werden als nötig empfunden falls: 1. Pflegende die Sicherheit von Betroffenen garantieren müssen. „The nurses' main concern when using restraint was to protect patient's safety. (...)“(S. 283). 2. sie andere Aufgaben ausführen müssen. 3. die Gefahr besteht, dass sie verletzt werden. 4. andere sich für fbM entschieden haben, werden diese oft fortgeführt. 5. kein Wissen zu Alternativen besteht. <u>Moralische Konflikte bei der Anwendung von fbM:</u> „If you do not restrain her, you are going to worry that she is going to harm herself. On the other hand you will also feel bad because the physical restraints confine her mobility. (...)“(S. 284). <u>Coping-Strategien bei der Anwendung von fbM:</u> Mit anderen über die eigenen Gefühle sprechen. Zudem nehmen Pflegende innerhalb der fbM Abstufungen vor. <u>FbM als übliche Intervention in der Pflegepraxis:</u> fbM gelten als automatische Konsequenz, wenn Pflegende das Verhalten von Personen nicht kontrollieren können oder Verletzungsgefahr besteht. Quantitativ: Die Pflegenden bewerten fbM als angemessen (Mean±SD 4.04±0.7, Max. Score 5). 94%, 90% und 83% der Personen glauben, fbM verhindern Stürze. 58% der Teilnehmenden in einer involvierten Studie empfinden negative Gefühle. 97%, 82% und 83% der Pflegefachpersonen empfinden keine Schuldgefühle.</p>	<p><u>Stärken:</u> Viele Datenbanken wurden durchsucht und zusätzliche Strategien zur Studiensuche angewendet. Es gibt ein grosses Sample und es ist unwahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurden. Die Resultate sind konsistent. Keine länderbezogenen Differenzen können festgestellt werden. <u>Schwächen:</u> Die Sampling Methoden der verwendeten Studien bergen Bias. Bei den quantitativen Studien wurden nicht vergleichbare Fragebögen verwendet. Die verwendeten qualitativen Studien weisen kleine Samples auf. Bei den quantitativen Studien ist die Rücklaufquote zum Teil tief. Es gibt keine Methode, um quantitative und qualitative Daten zusammenzufassen.</p>

Tabelle 11: Übersichtstabelle Moore und Haralambous (2007)

Autor, Jg., Land	Fragestellung/ Zielsetzung/ Hypothese und Design	Setting und Sample	Intervention und/oder verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen	Stärken, Schwächen
Moore und Haralambous (2007) Australien	<p>Ziel der Studie ist das Erfassen der Perspektiven von Pflegenden, Angehörigen, Bewohnerinnen und Bewohnern bezüglich Barrieren zur Reduktion von fbM in der Geriatrie.</p> <p>Die qualitativen Daten wurden mittels Interviews und Fokusgruppen-diskussionen erhoben.</p>	<p>Setting: Es wurden drei Institutionen aus verschiedenen Regionen in der Nähe von Melbourne randomisiert ausgewählt. Eine Institution pflegt komplexe sowie weniger komplexe Bewohnerinnen und Bewohner. Die zwei anderen Institutionen betreuen vor allem komplexe Patientinnen und Patienten. Die Institutionen haben zwischen 90 und 120 Betten.</p> <p>Sample: 18 Mitarbeitende (acht Pflegende, sechs Pflegehelferinnen und -helfer). 12 Bewohnerinnen und Bewohner (sieben Frauen und fünf Männer mit einem Mean-Alter von 79.2). 17 Angehörige (fünf Ehemänner, fünf Töchter, drei Ehefrauen, zwei Söhne und zwei Schwiegersöhne).</p>	<p>Individuelle Interviews wurden mit 18 Personalmitgliedern durchgeführt. Diese dauerten zwischen 30 Minuten und 1.5 Stunden. Die Interviews fanden alle in den beteiligten Institutionen statt. Fokusgruppen-diskussionen bestehend aus Angehörigen sowie Bewohnerinnen und Bewohnern wurden in jeder Institution durchgeführt. Diese dauerten zwischen 1.5 und 2 Stunden. Alle Interviews wurden in der zweiten Hälfte des Jahres 2004 durchgeführt.</p>	<p>Faktoren, welche die Reduktion von fbM verhindern (Sicht Pflege):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Auffassung, dass fbM als Schutz der Bewohnerin oder des Bewohners dienen und nur bei inkorrektter Anwendung schädlich sind. 2. Zeit-, Personal- & Ressourcenmangel: Die Ärzteschaft hat wenig Zeit mit Pflegenden gemeinsam nach Alternativen zu suchen. 3. Wissensdefizit bezüglich möglichen Alternativen sowie deren Wirkungen: "(...) I can find resources, you know the sleep hygiene thing. But nobody really has a lot of confidence in that sort of thing... (...)" (S. 536). 4. Mangelnde Evaluation der Interventionen 5. Ein paternalistischer Führungsstil, welcher keine / wenige Änderungen zulässt. 6. Ausbildung und Ansichten der Pflegefachpersonen: "I was trained in the 70s ... (...) So I found it very threatening: no cot sides and no restraint" (S. 536). <p>Angehörige bezeichnen Interventionen erst als fbM, wenn sie nicht zum Schutz der Bewohnerin oder des Bewohners angewendet werden.</p> <p>Angehörige haben Vertrauen in die Vorschläge und Interventionen von Pflegenden. Sie wünschen sich eine umfassende Informationsabgabe sowie Aufklärung über mögliche alternative Methoden. „[Staff] don't ask for permission [for medication] if it's for aggressiveness. It's up to them to decide - (...)" (S. 537). Angehörige erleben fbM als wichtige Massnahme für die Sicherheit: „The only reason I signed the forms (...) was for safety (...) you don't have a choice (...)" (S. 535).</p>	<p><u>Stärken</u> Empfehlungen für die Praxis und für weitere Forschungsarbeiten werden gemacht. Die Limiten der Studie sind aufgeführt.</p> <p><u>Schwächen</u> Die Daten wurden nur von den Forschenden selbst analysiert. Bei der Auswertung der Daten werden unterschiedliche Definitionen von fbM festgestellt, was die Glaubwürdigkeit und Übertragbarkeit tangiert. Die Forscherinnen hatten Mühe bei der Rekrutierung von Beteiligten, weshalb Freiwillige (am Thema Interessierte) in die Studien einbezogen wurden. Somit wird die Neutralität beeinflusst. Zudem ist das Studiendesign nicht angegeben.</p>

Tabelle 12: Übersichtstabelle Moran et al. (2009)

Autor, Jg., Land	Fragestellung/Zielsetzung/Hypothese und Design	Setting und Sample	Intervention und/oder verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen	Stärken, Schwächen
Moran et al. (2009) Irland	<p>Das Ziel der Studie ist, die Emotionen und Gefühle von Pflegenden bei der Anwendung von fbM und Isolation zu erforschen.</p> <p>Es wurden Fokusgruppeninterviews durchgeführt.</p>	<p>Setting ist ein grosses psychiatrisches Spital in Irland.</p> <p>Es wurde ein zielgerichtetes Sampling (Purposive Sampling) durchgeführt. Das heisst, die Forscher haben Personen ausgewählt, bei denen sie wussten, dass sie etwas zum Phänomen sagen können. Dabei wurden 23 Pflegefachpersonen von vier verschiedenen Abteilungen befragt, welche Erfahrung mit fbM und Isolation haben.</p>	<p>Es wurden Fokusgruppeninterviews durchgeführt. Die Gruppen bestanden immer aus sechs bis neun Teilnehmenden. Die Daten wurden durch zwei Forschende erhoben. Eine Person stellte die offenen Fragen während die andere Person beobachtete und die Diskussion mit Notizen und einem Diktiergerät aufzeichnete.</p>	<p><u>Der letzte Ausweg - fbM und Isolation:</u> Die Pflegenden sagen, dass fbM und Isolation nur angewendet werden, wenn alle Alternativen versagt haben.</p> <p><u>Emotionales Leiden (distress):</u> Die Pflegenden äussern, dass sie Emotionen wie Unbehagen, Angst, Furcht und Schuld empfinden. „It’s bad for the whole unit, because other people pick up on it as well. It just leaves a bad atmosphere all around, just a very uneasy feeling. I really don’t like it“(S. 601). Zum Teil fühlen sich Pflegende in diesen Situationen auch inkompetent. Weiter besteht ein innerer Konflikt zwischen dem rauen Vorgehen und den fürsorglichen Aspekten der Pflege. „I wanted to be a nurse...but seclusion...it’s against your nursing principles, it’s against your caring attitude...You can’t help but feel guilty at times, even though you know you’re doing it for the patient’s safety and everybody else’s safety“(S. 601).</p> <p><u>Unterdrückung von negativen Gefühlen:</u> Um mit den Situationen umgehen zu können, unterdrücken Pflegende negative Gefühle. Dies kann dazu führen, dass das Wohlbefinden und die Moral vermindert werden.“(...) you can actually feel quite drained from it all...and everybody’s morale is low (...)“(S. 601). Die emotionale Distanziertheit bewirkt, dass die Pflegenden weniger auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten eingehen.</p>	<p><u>Stärken:</u> Die Studie leistet einen interessanten Beitrag für die Praxis. Der qualitative Ansatz ist gut geeignet und bringt neue Aspekte des Phänomens hervor. Die Datenerhebung scheint zuverlässig. Die Interpretation der Daten erfolgte durch mehrere Personen. Dies erhöht die Glaubwürdigkeit.</p> <p><u>Schwächen:</u> Das Design ist nicht aufgeführt und die Schlüsselbegriffe werden nicht definiert. Das Sample wurde zielgerichtet ausgewählt (Purposive Sampling). Dies führt zu einem Bias und vermindert die Generalisierbarkeit. Es wird nicht beschrieben, ob eine Sättigung erreicht ist. Bei Fokusgruppeninterviews kann soziale Wünschbarkeit auftreten. Das Modell von Morse (2001) wurde noch nie auf die Erfahrungen von Pflegenden bei fbM angewendet.</p>

Tabelle 13: Übersichtstabelle O'Brien und Cole (2004)

Autor, Jg., Land	Fragestellung/ Zielsetzung/ Hypothese und Design	Setting und Sample	Intervention und/oder verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen	Stärken, Schwächen
O'Brien und Cole (2004) Australien	<p>Das Ziel der Studie ist den Kontext einer geschlossenen psychiatrischen Station sowie das Erleben Pflegender und Angehöriger zu untersuchen. Weiter sollen Empfehlungen für zukünftige Guidelines abgegeben werden.</p> <p>Quantitative sowie qualitative Daten wurden mittels partizipativer Aktionsforschung erhoben.</p>	<p>Setting: Eine bewachte Station mit acht Betten in einem Spital für Psychiatrie. Sample: 42 Personen (Pflegerische, Angehörige, Betreuende, Patientinnen und Patienten) waren am qualitativen Teil der Studie beteiligt. Die quantitativen Daten wurden aus bestehenden Dokumenten erhoben, sind jedoch für die Fragestellung der Monografie nicht relevant.</p>	<p>Die qualitativen Daten wurden mittels Interviews sowie Fokusgruppeninterviews erhoben. Die Dauer betrug zwischen 30 Minuten und 2 Stunden. Alle Interviews wurden aufgenommen und ein Gruppenbericht wurde erfasst. Die Fokusgruppeninterviews wurden durch den Leiter der Forschung unterstützt. Sie wurden nicht aufgenommen, da man Formalitäten reduzieren wollte. Der / die Assistent/in machte sich jedoch Notizen.</p>	<p>Die Analyse der qualitativen Ergebnisse ergibt drei Hauptthemen in Bezug auf den Kontext sowie auf das Erleben <u>Umgebung (Erscheinung, Möglichkeiten, Privatsphäre, Sicherheit):</u> Schwierige pflegerische Interventionen bekommen alle umliegenden Personen mit, was von gewissen Pflegenden als wenig therapeutisch angesehen wird. Dabei erleben sie Unbehagen und Schuld. "(...) ... it's non-therapeutic for the clients ... (...) – it's so open and on view everyone that it traumatizes the whole (area)..." (S. 93).</p> <p><u>Aktivität und Zeitstruktur:</u> Pflegende sehen den Konflikt zwischen einer Umgebung mit wenig Reizeinflüssen und dem Anbieten von Beschäftigung.</p> <p><u>Art der Pflege:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Angehörige <p>Die Angehörigen erleben eine gestresste und distanzierte Pflege, welche sie nicht umfassend informiert. Sie fühlen sich nicht in den Therapieplan einbezogen. Im Umgang mit Pflegefachpersonal fühlen sie sich gestresst und nicht willkommen. Zudem äussern sie, nicht integriert zu sein und Schuldgefühle zu haben. „They tended to ignore me ...(...)“ (S. 94). Trotzdem sind sie sich der schwierigen Aufgabe der Pflegenden bewusst.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflegende <p>Pflegende fühlen sich in ihrer Arbeit nicht geschätzt, haben das Gefühl keine Unterstützung zu erhalten und in einer konkurrierenden Kultur zu arbeiten. Die paternalistische Führung empfinden sie als belastend. Theoretische Rahmenbedingungen fehlen, was zu unbeständigen sowie widersprüchlichen Handlungen führt. Pflegefachpersonen erleben eine ungenügende Kommunikation im Team. Es bestehen unterschiedliche Ansichten über ihre Aufgaben als Pflegefachpersonen. „I said, 'I'll go and explain to him what's going to happen' – (...) and he (another nurse) said 'oh no don't tell him (...)' (S. 95).</p>	<p><u>Stärken:</u> Qualitative und quantitative Daten ergänzen sich. Dadurch wird die Aussagekraft bestärkt. Die Datenanalyse wird gut beschrieben. Erkenntnisse werden in der Diskussion mit bestehender Literatur in Verbindung gebracht. Ein Ethikkomitee genehmigte die Durchführung der Studie.</p> <p><u>Schwächen:</u> Die Daten wurden in einem spezifischen Setting (geschlossene Abteilung) erfasst, somit ist die Übertragbarkeit erschwert. Die Population, die Forschergruppe und die exakte Erhebung der Daten werden sehr knapp beschrieben. Aufgrund des Erscheinungsjahres der Studie wird im theoretischen Teil tendenziell alte Literatur einbezogen.</p>

Tabelle 14: Übersichtstabelle Oearsakul et al. (2011)

Autor, Jg., Land	Fragestellung/ Zielsetzung/ Hypothese und Design	Setting und Sample	Intervention und/oder verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen	Stärken, Schwächen
Oearsakul et al. (2011) Thailand	<p>Das Ziel der Studie ist die Prävalenz, Häufigkeit, Typ und Gründe von fbM zu erfassen. Zudem sollen die Haltungen von Pflegenden und Angehörigen eruiert werden.</p> <p>Deskriptive Querschnittstudie mittels Beobachtung und Umfragen.</p>	<p>Setting: Die Daten wurden auf neun Stationen (Drei Medizin, vier Chirurgie, zwei Orthopädie) in einem Spital in Südthailand erhoben. Das Spital wurde aufgrund seiner guten Qualitätsauszeichnung und tendenziell älteren Patientinnen und Patienten ausgewählt.</p> <p>Sample: Dieses besteht aus 27 Patientinnen und Patienten, welche verbal kommunizieren, Thailändisch lesen und schreiben können und 60 Jahre oder älter sind. Zudem müssen sie während der Beobachtungszeit auf einer der neun Stationen sein. Die 27 Angehörigen müssen verbal kommunizieren, Thailändisch lesen und schreiben können. Die 27 Pflegenden müssen fbM angewendet haben.</p>	<p>Die Daten wurden mittels Beobachtungen und Fragebögen erfasst. Der „Thai Chula Mental Test“ (TCMT) wurde zur Erfassung der kognitiven Fähigkeiten gebraucht. Das „Physical Restraint Use Observation Tool“ wurde zum Erfassen des Gebrauchs von fbM benutzt. „The Perceptions of Restraint Use Questionnaire“ erfasste die Haltung von Angehörigen und Pflegenden. Es wurden Pilottests zur Überprüfung der Instrumente bzgl. der Reliabilität gemacht. Anschliessend folgten nötige Anpassungen. Die Beobachtungsdaten wurden durch eine Assistentin / einen Assistenten erhoben, welche/r von einer Forscherin / einem Forscher angeleitet wurde. Die Beobachtung dauerte drei bis fünf Min. und wurde zweimal am Tag durchgeführt. Vor der Beobachtung wurde der kognitive Status der Patientin/des Patienten mittels TCMT erfasst. Gleichzeitig fand die Befragung von Pflegenden und Angehörigen während ca. fünf bis zehn Min. statt.</p>	<p>Ein signifikanter Unterschied in Bezug auf die Haltung von Pflegefachpersonen und Angehörigen wird festgestellt. Je höher der Mean-Wert, desto positiver sind die Teilnehmenden den fbM gegenüber eingestellt. Die Summe der Mean-Werte kann zwischen 19-70 liegen. Angehörige nehmen verglichen mit Pflegenden eine positivere Haltung bzgl. der Anwendung von fbM ein (n=27, Mean=46.9, SD=3.4, Range: 40-53 versus n=27, Mean=44.6, SD=3.9, Range: 35-54, t-Test=-2.27, p-Wert=0.027).</p> <p>In einem Fragebogen konnten Pflegende und Angehörige verschiedenen Items zustimmen oder diese ablehnen. Die Mehrheit der Pflegefachpersonen und Angehörigen stimmten den verschiedenen Items zu. Items, bei denen Pflegende <i>nicht</i> oder gering zustimmen, sind:</p> <p>Allgemein fbM:</p> <ul style="list-style-type: none"> • verringern Verletzungen (48.1%) • sind ein legaler Schutz (37.0%) • demütigen Patientinnen oder Patienten (44.4%) <p>Angehörige stimmen folgenden Items wenig zu:</p> <p>Allgemein fbM:</p> <ul style="list-style-type: none"> • verletzen persönliche Rechte (26.0%) • demütigen Patientinnen oder Patienten (37.0%) 	<p><u>Stärken:</u> In der Einleitung sowie in der Diskussion werden Vergleiche mit früheren Studien hergestellt. Mögliche Hypothesen zur Erklärung der Daten werden in der Diskussion festgehalten. Die angewendeten Instrumente und Pilottests werden sehr gut erklärt und auf ihre Reliabilität geprüft. Es werden Empfehlungen für die Praxis abgegeben und weitere relevante Forschungsfelder aufgezeigt.</p> <p><u>Schwächen:</u> Die Daten wurden nur in einem Spital erfasst, was die Übertragbarkeit einschränkt. Jedoch wurden drei Fachgebiete untersucht. Mit der quantitativen Methode haben die Teilnehmenden keine Möglichkeit, ihre eigenen Gedanken und ihr Erleben mitzuteilen. Zudem war die Beobachtungs- und Befragungszeit knapp.</p>

Tabelle 15: Übersichtstabelle Perkins et al. (2011)

Autor, Jg., Land	Fragestellung/Zielsetzung/ Hypothese und Design	Setting und Sample	Intervention und/oder verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen	Stärken, Schwächen
Perkins et al. (2012) England	Die Studie untersucht die Haltung von Psychiatriepflegenden gegenüber fbM. Dies soll dazu dienen Faktoren herauszukristallisieren, welche die Entscheidung für oder gegen fbM und das Verhalten von Pflegenden beeinflussen. Qualitative Studie mit Einzel- und Fokusgruppeninterviews	Das Setting ist eine akute psychiatrische Klinik für Erwachsene in England. Es haben 30 Pflegefachpersonen teilgenommen. 15 Personen (9 Frauen, 8 Männer, 25-56 Jahre alt) nahmen an Einzelinterviews teil. 13 Personen wurden in Fokusgruppeninterviews befragt und 2 Personen nahmen an beiden Interviewformen teil.	Es wurden Einzel- und Fokusgruppeninterviews durchgeführt. Es ist aus der Studie nicht ersichtlich, welche Fragen den Teilnehmenden gestellt wurden. Die Interviews wurden innert zwei Wochen nach einer Episode mit fbM erfasst. Die Freiheitsbeschränkung wurde somit retrospektiv betrachtet. Dies soll ermöglichen, generelle Ansichten zu fbM zu diskutieren. Die Interviews wurden aufgezeichnet und später transkribiert. Die Daten wurden mehrmals durchgelesen, um die Hauptthemen zu identifizieren. Es wurde der „thematic analytic approach“ nach Charmaz verwendet.	<u>Kontextabhängige Anforderungen:</u> Die Pflegenden äussern, dass sie unsicherer und vorsichtiger sind, wenn sie die Patientin oder den Patienten nicht kennen. <u>Fehlen von Alternativen:</u> Es wird oft die einschränkendste Art von fbM verwendet, da sich die Pflegenden bedroht fühlen und keine Alternativen sehen. Die befragten Personen beschreiben psychisch erkrankte Personen als unberechenbar und sagen, dass deshalb fbM nötig sind. Die Sicherheit für alle Beteiligten steht im Mittelpunkt und Pflegende haben Angst verletzt zu werden. „We had to use restraint, there was no other option of controlling him“ (S. 46). <u>FbM selbst können eskalierend wirken:</u> Pflegende geben an, dass sie selten über die Anwendung und Durchführung von fbM sprechen: „(...) we don't talk about the restraint, we don't talk about what happens, (...)“ (S. 47). Eine Person gibt an, dass sie nach der Anwendung von fbM noch nie nach dem Befinden der Patientin oder des Patienten gefragt hat: „I have never really asked them, I have never actually gone and said, well ok how do you feel about it? Perhaps we should do“ (S. 47). Pflegende versuchen die Autonomie der Patientinnen und Patienten zu stärken, indem sie Gründe für die fbM erläutern. Gleichzeitig sind sie fordernd sowie befehlend und wollen die Situation kontrollieren. <u>Wahrnehmung des Risikos/ der Gefährdung:</u> Die Wahrnehmung von Gefahr beeinflusst die Pflegenden stark. Es wird erwähnt, dass ängstliche Personen früher fbM anwenden. „I mean you know it might be fear of getting smacked, let's just get it over with now and cut down the possibility of getting smacked“ (S. 47).	<u>Stärken:</u> Die Ergebnisse sind ausführlich und es gibt viele Zitate. Das Sample ist mit 30 Personen recht gross. Die Methode mit den Interviews passt gut zur Fragestellung. Das Thema ist pflegerelevant. <u>Schwächen:</u> Das Design wird nicht angegeben. Zudem wird nicht beschrieben, wie man das Sample ausgewählt hat und es ist nicht ersichtlich, ob die Sättigung erreicht wurde. Die Teilnehmenden arbeiten alle in derselben Klinik, welche nur ungenügend beschrieben ist. Die fbM werden retrospektiv betrachtet, dies könnte die Wahrnehmung beeinflussen. Es werden keine Limiten erwähnt. Kulturelle Einflüsse werden nicht diskutiert. Die Übertragung der Resultate in die Praxis wird nur sehr kurz erwähnt.

Tabelle 16: Übersichtstabelle Saarnio und Isola (2009)

Autor, Jg., Land	Fragestellung/ Zielsetzung/ Hypothese und Design	Setting und Sample	Intervention und/oder verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen	Stärken, Schwächen
Saarnio und Isola (2009) Finnland	<p>Ziel der Studie ist die Beschreibung der Anwendung von fbM. Zudem sollen die Perspektiven von Angehörigen sowie Patientinnen und Patienten erfasst werden.</p> <p>Die Studie verwendet ein qualitatives, exploratives und deskriptives Design.</p>	<p>Die Daten wurden in drei verschiedenen geriatrischen Abteilungen erhoben. Die Abteilungen haben zwischen 19 und 30 Betten. Die beteiligten Angehörigen waren zwischen 55 und 78 Jahre alt. Die Patientinnen und Patienten waren alle über 75-jährig. Die physische Gesundheit wurde als relativ gut eingeschätzt. Selbständiges Gehen oder das Umhergehen mit Hilfe waren möglich. Zudem wiesen sie keine Gedächtnisschwäche oder verbale Kommunikations-schwierigkeiten auf.</p>	<p>Während vier Monaten wurde eine Beobachtung auf allen Stationen von einer Forschungsperson durchgeführt. Jede Station wurde ein- bis zweimal pro Woche (ca. 6-16 Stunden) beobachtet. Dies fand während allen Arbeitsschichten statt. Im Verlauf der Feldstudie wurde vermehrt auf die Anwendung von fbM fokussiert bis zuletzt nur noch diese spezifischen Situationen beobachtet wurden. Die forschende Person war neutral gekleidet und nicht am Stationsgeschehen beteiligt. Anschliessend wurden je sieben Interviews mit Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen durchgeführt. Die Teilnehmenden suchten den Ort für die halbstrukturierten Interviews aus. Ein gewisser Themenkatalog war den Forschenden vorgegeben. Die Fragen wurden jedoch durch die Forschenden frei formuliert. Die Interviews wurden, falls erlaubt, aufgenommen und transkribiert.</p>	<p>Vier der sechs Hauptthemen sind für die Monografie relevant:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Faktoren, welche die Anwendung von fbM fördern: Unruhige Patientinnen und Patienten werden zur Nahrungsaufnahme festgehalten. Die Mobilität wird aufgrund des Sicherheitsaspektes eingeschränkt. FbM werden vor allem bei Störungen des Gemeinschaftslebens angewendet. 2. Möglichkeiten, wie man mit der Anwendung von fbM umgehen kann: Angehörigen hilft die Akzeptanz der bestehenden Situation. Zudem ziehen sie die physischen den medikamentösen fbM vor. 3. Alternativen zu fbM: Pflegende werden von Angehörigen als beruhigend und wohltuend für die Betroffenen betrachtet. Ablenkungsmethoden empfinden Angehörige als positiv. 4. Aufkommende Emotionen bei der Anwendung von fbM: Die Anwendung von fbM verursacht diverse Gefühle bei allen Beteiligten. Viele Pflegende sind der Meinung, dass fbM bei Personen ab einem gewissen Alter normal sind und betrachten sie als bedauerlich aber notwendig. Angehörige denken, dass sich die Betroffenen mit fbM sicherer fühlen. Trotzdem löst die Anwendung von fbM negative Gefühle (Angst, Unbehagen, Ärger, Unsicherheit) aus. 	<p><u>Stärken:</u> Die Erhebung der Daten erfolgte auf verschiedene Arten (Beobachtung, Feldnotizen, Interviews), so dass Triangulation gewährleistet ist. Die lange Beobachtungszeit verbesserte die Beziehung zu den Angehörigen und stärkte ihr Vertrauen. Die Forschergruppe hat nie zuvor in einer Pflegeinstitution mit älteren Menschen gearbeitet, so dass eine möglichst objektive Beobachtung erfolgte. Daten wurden auf drei verschiedenen Abteilungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten erhoben, was die Glaubwürdigkeit erhöht.</p> <p><u>Schwächen:</u> Die Geschlechter sind ungleich vertreten. Die Daten wurden nur durch die Forschenden selbst überprüft. Es liegen nur wenige Informationen über das Sample (Angehörige) vor.</p>

Tabelle 17: Übersichtstabelle Van der Merwe et al. (2013)

Autor, Jg., Land	Fragestellung/Zielsetzung/Hypothese und Design	Datenbanken und einbezogene Studien	Methode zur Auswahl der Studien	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen	Stärken, Schwächen
Van der Merwe et al. (2013) England	Das Ziel der Review ist, das Erleben von Pflegenden sowie Patientinnen und Patienten bezüglich fbM in psychiatrischen Institutionen für Erwachsene zu erfassen. Zudem sollen Verbesserungsvorschläge von Pflegefachpersonen sowie Patientinnen und Patienten diskutiert werden. Qualitative Literaturreview	Studien wurden auf den Datenbanken PsycInfo, Cochrane, Medline, EMBASE Psychiatry, CINAHL und British Nursing Index gesucht. Aus 115 Studien wurden 39 ausgewählt. 25 Studien beinhalten das Erleben der Patientinnen und Patienten, 22 das von Pflegefachpersonen, gewisse diskutieren beides. Die meisten Studien wurden nach 1990 publiziert. Die Datenerhebung in den Studien erfolgte mittels Fragebögen oder Interviews. 20 Studien sind aus den USA, 6 aus Australien und 5 aus England.	Eingeschlossen wurden Studien mit stationären, isolierten Patientinnen und Patienten. Die Studien müssen nach 1960 und in englischer Sprache verfasst sein. Mit den ersten Suchbegriffen resultierte eine grosse Studienanzahl. Deshalb wurden weitere Ein- und Ausschlusskriterien, welche nicht genannt werden, formuliert. 1056 Abstracts und Titel wurden auf ihre Relevanz zur Fragestellung bewertet. In Zweifelsfällen wurde die ganze Studie analysiert. Nur Studien mit empirischen Resultaten werden einbezogen. Thesen, graue Literatur, Versicherungsdokumente oder andere Analysen werden ausgeschlossen. Eine Software-Matrix zur Erfassung der Daten wurde verwendet. Wenn Daten nicht in die Matrix passten, wurden sie separat festgehalten.	<u>Positive Haltung:</u> Die Mehrheit der Pflegefachpersonen vertritt die Meinung, dass die Isolation von Patientinnen und Patienten einen positiven Effekt auf die Therapie hat. Viele sehen fbM als ein notwendiges Arbeitsmittel, welches Patientinnen und Patienten über körperliche Grenzen lehrt. Zudem können Verhaltensweisen geändert werden. Eine Studie fand heraus, dass über die Hälfte der Befragten glaubt, dass Isolationen helfen, eine übermässige Medikation zu verhindern. <u>Negative Haltung:</u> Pfleger fühlen sich durch das Team unter Druck gesetzt, wenn der Vorschlag einer Verkürzung oder Milderung der Massnahme nicht der Mehrheit entspricht. Andere Pfleger waren der Meinung, dass mehr Personal und weitere Ressourcen die Anwendung von fbM nicht reduzieren können. Pfleger erleben Schuldgefühle und Enttäuschung.	<u>Stärken:</u> Die Ergebnisse werden übersichtlich und überzeugend dargestellt. Der Diskussionsteil wird mit weiterführender Literatur ergänzt. Die Resultate werden umfassend diskutiert und Empfehlungen für die Praxis sowie für weitere Forschungsarbeiten abgegeben. <u>Schwächen:</u> Der Methodenteil und die Datenanalyse sind sehr kurz gehalten. Es ist unklar, ob die Suche systematisch erfolgte. Es werden nur Studien mit dem Thema Isolation (nicht fbM allgemein) behandelt. Viele inkludierte Studien sind älter als zehn Jahre, was die Glaubwürdigkeit der Daten beeinflusst. Ebenfalls ist das ursprüngliche Ziel oder Fragestellung der Studie nicht klar ersichtlich.

Tabelle 18: Übersichtstabelle Zwijsen et al. (2011)

Autor, Jg., Land	Fragestellung/ Zielsetzung/ Hypothese und Design	Setting und Sample	Intervention und/oder verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen	Stärken, Schwächen
Zwijsen et al. (2011) Niederlande	<p>Ziel der Studie ist das Erfassen der Perspektiven von Pflegefachpersonen und Pflegeassistentinnen und -assistenten sowie Angehörigen bzgl. der Anwendung von fbM. Zudem wird die Definition von fbM erfasst.</p> <p>Zur Erhebung der Daten wurde ein mixed-methods Design angewendet. Einige Daten wurden quantitativ mittels Fragebögen ermittelt. Weiter fanden qualitative Erhebungen durch semi-strukturierte Interviews und Fokusgruppendifkussionen statt.</p>	<p>Das Setting bilden sieben Pflegeheime. Drei davon verwendeten vermehrt elektronische Überwachungsmethoden. Das Sample ist breit und besteht aus Pflegenden, Pflegeassistentinnen und -assistenten, Betreuenden, Familienangehörigen, Bewohnerinnen und Bewohnern, interdisziplinären Teams und Schlüsselpersonen. Schlüsselpersonen gestalten die Politik im Pflegeheim entscheidend mit.</p>	<p>Der Fragebogen wurde an 30 Pflegenden, 224 Pflegeassistentinnen und -assistenten sowie 16 andere Betreuende, welche über 16 Stunden pro Woche arbeiten, ausgeteilt. Die Rücklaufquote betrug 48%. Damit wurden die Definition von fbM sowie das Erleben erfasst.</p> <p>Individuelle Interviews (ca. 40 Min.) wurden jeweils mit einer Person pro Institution durchgeführt. Sieben Familienangehörige und neun Schlüsselpersonen wurden interviewt. Der Fokus lag auf dem Entscheidungsprozess und der Haltung zu fbM. Acht Fokusgruppendifkussionen (Sechs mit Pflegenden, zwei im interdisziplinären Team) von ca. einer Stunde wurden durchgeführt. Eine Forscherin führte die Diskussion und wurde von einer weiteren Person unterstützt. Zum Einstieg wurden Praxisbeispiele vorgetragen und anschliessend offene Fragen gestellt. Die Fragebögen wurden digitalisiert. Die Interviews und Fokusgruppendifkussionen wurden aufgenommen und transkribiert. Ein wörtliches Protokoll wurde erstellt. Aus 200 Kodierungen wurden relevante Themen in mehreren Schritten abgeleitet. Dabei wurde gleichzeitig die Varianz/Streuung der Daten untersucht. Zwei unabhängige Forschende kodierten die Daten. Diese wurden verglichen und diskutiert bis ein Konsens vorlag.</p>	<p>Die quantitativen Daten (Mean; SD) wurden mittels der moralischen Konfliktskala (1=Ich fühle mich nicht bedrängt, 5=Ich fühle mich sehr stark bedrängt) erhoben. Am meisten moralische Konflikte löst der Sicherheitsgurt aus (3.31; 1.37), gefolgt von Zwangsmedikation (3.11; 1.21), akustischer Überwachung (2.24; 1.23), geriatrischer Stuhl / Tisch (2.12; 1.06), getarnte Medikation (1.96; 1.00), elektronischer Chip in der Kleidung (1.72; 1.03), Bettgitter (1.45; 0.72) und Bewegungssensor (1.45; 0.77).</p> <p>FbM werden häufig aus Sicherheitsgründen angewendet. Pflegenden sind der Meinung, dass bei der Anwendung des Begriffs von fbM Vorsicht geboten ist, da diese vielfach in guter Absicht verwendet werden. Bei den Überwachungsmethoden haben vor allem Pflegenden aufgrund des Eingriffs in die Privatsphäre Bedenken. Angehörige empfinden Überwachungsgeräte nicht als fbM oder als Einschränkung der Privatsphäre: „(...) No I don't consider it a restraint at all, I think it's wonderful that it is available" (S. 831). Tendenziell sehen Pflegefachpersonen und Angehörige keine Alternativen und finden fbM indiziert. Schlüsselpersonen kritisieren die Anwendung von fbM vermehrt.</p>	<p><u>Stärken:</u> Triangulation ist durch die Anwendung von verschiedenen Methoden zur Datenerhebung bei unterschiedlichen Personengruppen gewährleistet. Die Datenanalyse wurde exakt und mit Hilfe von verschiedenen Instrumenten und zwei unabhängigen Forschenden durchgeführt. Das Studienprotokoll wurde von einem Ethikkomitee anerkannt.</p> <p><u>Schwächen:</u> Qualitative sowie quantitative Daten wurden erhoben. Es ist jedoch unklar, welches Design verwendet wird. Die qualitativen Daten fallen differenzierter aus und zeigen nur teilweise Parallelen mit den quantitativen Ergebnissen. Somit ist die Übertragbarkeit erschwert. Die unterschiedlichen Meinungen in den Ergebnissen tangieren die Glaubwürdigkeit der Daten. Der Einfluss der Forschergruppe auf die Datenerhebung wird spärlich beschrieben.</p>

In der folgenden Synthese werden die Ergebnisse aus den bearbeiteten Studien und Reviews gegliedert und zusammengefasst. Die Autorinnen benutzten die „Problem Based Learning“ – Methode, um die vorhandenen Daten zu kategorisieren. Das Erleben Pflegender wird in folgende Kategorien eingeteilt: Erleben von Sicherheit und Vorteilen, Erleben von negativen Gefühlen, Fehlen von Alternativen, Erleben von ethischen Dilemmata sowie Einfluss der Pflegekultur auf das Handeln und Erleben. Die ersten drei Kategorien der Pflegenden sind identisch mit denen der Angehörigen. Hinzu kommt das Erleben der Beziehung zum Pflegepersonal. Eine separate Kategorie beinhaltet den Vergleich der beiden Personengruppen.

4.2 Erleben Pflegender

Im ersten Teil der Synthese wird das Erleben von Pflegefachpersonen dargelegt. Zwölf Forschungsarbeiten enthalten Daten zu ihrer Perspektive.

4.2.1 Erleben von Sicherheit und Vorteilen

In mehreren Studien erachten Pflegefachpersonen die Anwendung von fbM in geriatrischen Settings als Intervention mit positiven Aspekten. In der systematischen Review von Möhler und Meyer (2014) bewerten Pflegende fbM als angemessen (Mean±SD: 4.04±0.7, Maximum Score 5). Die qualitativen Daten von Möhler und Meyer (2014) bestätigen die quantitativen Ergebnisse. Die Pflegenden beschreiben ihnen zufolge fbM als wichtige pflegerische Intervention, um die Sicherheit von älteren Patientinnen und Patienten zu garantieren. Zudem bewerten sie fbM als hilfreich, um Stürze sowie Verletzungen zu verhindern. So kommen Möhler und Meyer (2014) zu folgendem Schluss:

The nurses' main concern when using restraint was to protect patient's safety. This was the most important reason for restraint use by all informants. Other safety-related reasons such as "fear of patient falls" and "prevention of accidents" were repeatedly given (S. 283).

Die Studie von Zwijsen et al. (2011) bestätigt, dass fbM in vielen Situationen aus Sicherheitsgründen angewendet werden. Hierbei werden Beispiele wie Sturzprophylaxe oder Prävention von Ermüdung durch stetige Aktivität bei geriatrischen Patientinnen und Patienten erwähnt. Saarnio und Isola (2009) beschreiben, dass unruhige Patientinnen und Patienten festgehalten werden mussten, damit sie Nahrung zu sich nahmen. Weiter wurde ihre Mobilität aufgrund des Sicherheitsaspektes eingeschränkt. Ergänzend erleben Pflegende fbM als Möglichkeit,

Störungen des Gemeinschaftslebens vorzubeugen. Diese Aussagen werden von Haut et al. (2007) unterstützt:

„(...) for the simple reason that if they get up they will fall (...) in these cases I'm all in favour of tying down" (S. 207).

Die quantitativen Daten von Möhler und Meyer (2014) zeigen ähnliches wie die zuvor genannten qualitativen Ergebnisse. Vierundneunzig Prozent und 90% der befragten Pflegepersonen stimmen dem Item „I believe that restraints lead to a reduction in / decrease the number of residents who fall“ zu. Das Item “physical restraining might be employed when residents are in risk of falling” wird mit 83% bejaht. Im Fragebogen von Oearsakul et al. (2011) stimmen Pflegefachpersonen mit 51.9% bis 100% der Mehrheit der Items zu. Das Item „fbM demütigen Patientinnen oder Patienten“ erhält mit 44.4% weniger Zustimmung.

Oftmals werden fbM auch zum Selbstschutz der Pflegenden angewendet. Pflegefachpersonen wenden fbM an, aus Angst für Komplikationen haftbar gemacht zu werden (Möhler & Meyer, 2014). In Haut et al. (2007) wird beschrieben, dass fbM damit begründet werden, dass das Verhalten der Betroffenen kontrolliert werden muss, um Selbst- und Fremdgefährdung zu verhindern. Die Befragten stellen die Verwendung von fbM selten in Frage, da diese oftmals zur Kontrolle einer Situation dienen (Möhler & Meyer, 2014). Moore und Haralambous (2007) untersuchen mögliche Barrieren zur Reduktion von fbM in der Geriatrie. In dieser Studie erleben Pflegefachpersonen nur die inkorrekte Anwendung von fbM als schädlich. Pflegenden nehmen bei ihren Kolleginnen und Kollegen wahr, dass die Anwendung von fbM und das Erleben mit persönlichen Überzeugungen und der Berufsbildung einhergehen. Dies zeigt sich in folgender Äusserung:

I was trained in the 70s ... we were in real strife if we didn't put a restraint on so therefore we used to get into a lot of trouble. So I found it very threatening: no cot sides and no restraint. I was sort of irritated I suppose as a nurse (Moore & Haralambous, 2007, S. 536).

Verglichen mit geriatrischen Institutionen, werden in der Psychiatrie vermehrt Isolationen angewendet. Die Review von Happell und Harrow (2010) zeigt ähnliche Resultate wie die Studien aus der Geriatrie. Isolation wird als wichtige Intervention beschrieben, um mit Aggression umzugehen und die Sicherheit aller Beteiligten zu gewährleisten. Pflegenden äussern, dass sie sich nach der Anwendung von Isolation sicherer fühlen. Perkins et al. (2012) bestätigt die Aussagen von Happell und Harrow (2010) mit folgendem Zitat:

You need it because it's for your safety and other people's safety. (...) I mean I know it's not the nicest thing, (...), but you have got to look at it, at the safety aspects of what could happen if we don't use restraints (S. 46).

Die Review von Van der Merwe et al. (2013) untersucht das Erleben Pflegender bei der Anwendung von Isolationen in der Psychiatrie. Eine Studie der Review zeigt, dass über die Hälfte der Befragten glaubt, dass das Einschliessen hilft, eine übermässige Medikation zu verhindern. Weiter empfinden es Pflegende als positiv, dass Patientinnen und Patienten durch Isolation eine ruhige Umgebung erhalten. Sie sind überzeugt, dass das Einschliessen den Betroffenen körperliche Grenzen aufzeigt und Verhaltensweisen geändert werden können (Van der Merwe et al., 2013). Die Review von Happell und Harrow (2010) unterstützt diese Aussagen. In den inkludierten Studien befürwortet die Mehrheit der Pflegenden die Anwendung von Isolationen. Sie glauben, dass Isolationen therapeutische Vorteile für die Betroffenen haben, da sie ihnen helfen, sich zu beruhigen. O'Brien und Cole (2004) unterstützen den Vorschlag, psychiatrische Patientinnen und Patienten möglichst wenig Reizeinflüssen auszusetzen. Letztlich werden fbM von Pflegenden in der Geriatrie sowie in der Psychiatrie als therapieunterstützende Interventionen betrachtet (Van der Merwe et al., 2013; Möhler & Meyer, 2014).

4.2.2 Erleben von negativen Gefühlen

Den erwähnten vorteilhaften Aspekten werden negative Emotionen gegenübergestellt. In zwei Studien (Perkins et al., 2012; Moran et al., 2009) äussern Pflegende Angst vor Verletzungen. Dies kann zu unsystematischen Reaktionen führen. Zwei Psychiatriepflegenden in Perkins et al. (2012) äussern sich folgendermassen:

„I mean you know it might be fear of getting smacked, let's just get it over with now and cut down the possibility of getting smacked“ (S. 47).

“I mean personally I don't think any of that training, the C&R, equips you for it, does it? (...) But before that it's just, that is just, it's them or you isn't it“ (S. 45).

In Perkins et al. (2012) wird erwähnt, dass ängstliche Personen früher fbM anwenden. Falls die Pflegefachpersonen die Patientinnen und Patienten nicht kennen, sind sie unsicher und vorsichtiger. In derselben Studie befürchten Pflegende, dass aggressives Verhalten von einer Person auf die andere übergehen könnte. Dies führt zum Bedürfnis, die Situation zu beruhigen und zu kontrollieren. In der Studie von Moran et al. (2009) wird bei Fokusgruppeninterviews mit Psychiatriepflegenden ebenfalls die Angst angesprochen. Aufgrund dieser fühlen sich Pflegende inkompetent (Moran et al., 2009). In derselben Studie werden zusätzlich Gefühle, wie Unbehagen, Furcht und

Schuld geäußert. Das folgende Zitat zeigt auf, dass eine ganze Abteilung durch negative Gefühle beeinflusst werden kann:

„It’s bad for the whole unit, because other people pick up on it as well. It just leaves a bad atmosphere all around, just a very uneasy feeling. I really don’t like it“ (Moran et al., 2009, S. 601).

In der systematischen Review von Möhler und Meyer (2014) erleben Pflegende in der Geriatrie dieselben Gefühle wie in Moran et al. (2009). Ergänzend werden Frustration, Trauer und Mitleid geäußert (Möhler & Meyer, 2014). Das Empfinden von Schuld und Enttäuschung wird in der Review von Van der Merwe et al. (2013) thematisiert. O’Brien und Cole (2004) zeigen im Folgenden auf, dass Unbehagen und Schuld von Pflegenden verstärkt werden, wenn andere Patientinnen und Patienten die Anwendung von fbM mitbekommen:

“(…) if there’s aggressive outbursts or seclusion – it’s so open and on view everyone that it traumatizes the whole (area)…” (S. 93).

Zwijssen et al. (2011) untersuchten Pflegeheime, welche Überwachungsmethoden wie Infrarot-Systeme und Kameras verwenden. Pflegende äussern sich folgendermassen zu elektronischen fbM:

„Yes, that is rather difficult. (...). But although you cannot see or hear it, you are still restricting a resident. That is why I think it is important to describe the measure and to call it a restraint. (...)“ (Zwijssen et al., 2011, S. 831).

Die quantitativen Studien in der systematischen Review von Möhler und Meyer (2014) zeigen inkonsistente Resultate zu den Gefühlen von Pflegenden. In einer involvierten Studie bejahen 58% der Teilnehmenden das Item „I feel bad when I have to restrain a patient“. Schuldgefühle werden tendenziell verneint, da in drei Studien 97%, 82% und 83% der Pflegefachpersonen dem Item „I feel guilty placing a resident in restraints“ nicht zustimmen. In der quantitativen Studie von Oearsakul et al. (2011) pflichten Pflegende den Items „In general restraints decrease injury“ mit 48.1% und „In general restraints are needed for legal protection“ mit 37.0% im Vergleich eher selten bei.

Umgang mit negativen Gefühlen

In der Studie von Moran et al. (2009) äussern Pflegende, dass sie negative Gefühle verdrängen, um die Situation zu bewältigen. Das Unterdrücken der Gefühle ist laut den Pflegenden nötig, damit sie überhaupt fähig sind, weiterhin in der Psychiatrie zu arbeiten. Eine mögliche Folge ist, dass sich Pflegefachpersonen weniger mit den Patientinnen und Patienten verbunden fühlen. Wie Moran et al. (2009) erwähnt auch

Perkins et al. (2012), dass emotionale Distanziertheit zur Vernachlässigung von Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten führt. Eine Pflegefachperson äussert sich folgendermassen:

„I have never really asked them, I have never actually gone back and said, ‘well ok how do you feel about it?’ Perhaps we should do“ (Perkins et al., 2012, S. 47).

In Moran et al. (2009) wird deutlich, dass die Moral und das Wohlbefinden der Pflegenden durch fbM und das Unterdrücken der Gefühle vermindert wird:

„I think when you have to work in a high observation area all the time . . . you can actually feel quite drained from it all . . . and everybody’s morale is low . . . (..)“ (S. 601-602).

Die Review von Happell und Harrow (2010) unterstützt die Ergebnisse von Moran et al. (2009). Es wird beschrieben, dass Frustration und eine tiefe Moral bei Abwesenheit von Alternativen und häufiger Anwendung von fbM an derselben Person auftreten. Weiter thematisiert diese Studie die Unterdrückung von negativen Gefühlen und erwähnt, dass emotionale Betroffenheit im Team selten besprochen wird (Happell & Harrow, 2010). In der Studie von Perkins et al. (2012) wird durch ein Zitat deutlich, dass sich Pflegende selten über die Anwendung von fbM und die dabei ausgelösten Gefühle unterhalten:

When a restraint happens..., we don’t talk about the restraint (...) we just sort of fuddle on, back onto our jobs, and do what we do again and then a restraint comes again and we do the same thing, we don’t learn (S. 47).

Möhler und Meyer (2014) erwähnen als einzige Quelle, dass es Pflegenden hilft, im Team über ihre Gefühle zu sprechen und Bestätigung für das eigene Tun zu erhalten.

4.2.3 Fehlen von Alternativen

Ein weiterer Aspekt, der in vielen Forschungsarbeiten angesprochen wird, ist das Fehlen von Alternativen. Möhler und Meyer (2014) erwähnen, dass sich Pflegende für fbM entscheiden, da sie keine Alternativen kennen:

“The removal of restraints leads to repeated insertion of, for example, feeding tubes, as causing greater harm to the patient than the restraint itself. They felt that they had applied restraints when there were no other options” (S. 284).

Es kann festgestellt werden, dass oft die am stärksten einschränkende fbM angewendet wird, weil sich Pflegende bedroht fühlen und keine andere Lösung sehen,

die Situation zu kontrollieren (Perkins et al., 2012). Dies zeigt sich in folgender Äusserung:

„We had to use restraint, there was no other option of controlling him“ (Perkins et al., 2012, S. 46).

In Saarnio und Isola (2009) sind viele Pflegende der Meinung, dass fbM bei Personen ab einem gewissen Alter normal sind. Sie erleben fbM daher als bedauerlich aber notwendig.

In der narrativen Review von Jarrett et al. (2008), welche psychiatrische Studien einschloss, können alle befragten Patientinnen und Patienten mögliche Alternativen zur Zwangsmedikation nennen. Pflegefachpersonen kennen hingegen keine oder bezeichnen sie als kurzzeitige Lösungen. Auch Zwijsen et al. (2011) erfassen, dass Pflegende tendenziell keine Alternativen zu fbM sehen. Diese Aussage bestätigt die Studie von Happell und Harrow (2010), in der Pflegende die Meinung äussern, Isolationen könnten trotz vorhandener Alternativen nicht abgeschafft werden. Sind das Wissen oder die Möglichkeit von Alternativen vorhanden, verspüren Pflegende bei deren Anwendung Unsicherheit. Dies liegt daran, dass sie sich dem gewünschten Effekt der Alternative nicht sicher sind (Moore & Haralambous, 2007). Dies zeigt sich wie folgt:

If I have to, I guess I can find resources, you know the sleep hygiene thing. But nobody really has a lot of confidence in that sort of thing... (...). It just seems too simple to address such a big problem (Moore & Haralambous, 2007, S. 536).

In der Studie von Moran et al. (2009) hingegen äussern Pflegende in psychiatrischen Institutionen, dass fbM nur angewendet werden, falls alle Alternativen versagt haben.

4.2.4 Erleben von ethischen Dilemmata

In der Review von Haut et al. (2007) zeigen drei Studien, dass Pflegende ein Dilemma zwischen der Achtung von Selbstbestimmung der Betroffenen und der Pflicht, die Verantwortung für den Schutz dieser Personen zu übernehmen, erleben. Die nachfolgenden Zitate zeigen erhebliche Spannungen zwischen dem Ziel einer individuellen Pflege und der Verantwortung für mehrere Bewohnerinnen und Bewohner:

„If he is not tied down he'll always go over to other residents and shake them and I can't take the responsibility for that, it's not fair for the others“ (Haut et al., 2007, S. 207).

„I wanted to be a nurse...but seclusion...it's against your nursing principles, it's against your caring attitude...You can't help but feel guilty at times, even though you know you're doing it for the patient's safety and everybody else's safety" (Moran et al., 2009, S. 601).

Pflegende nehmen in Haut et al. (2007) fbM gleichzeitig als Verletzung der Menschenwürde sowie als schützende, präventive und unterstützende Massnahme wahr. In Möhler und Meyer (2014) erleben Pflegende eine Diskrepanz zwischen negativen Gefühlen und dem Empfinden, dass fbM in spezifischen Situationen notwendig sind. In den aufgeführten Zitaten wird der Konflikt deutlich:

If you do not restrain her, you are going to worry that she is going to harm herself. On the other hand, you will also feel bad because the physical restraints confine her mobility. It is about human rights. Every time, I use the physical restraints on the older patients, I feel so torn. . . (...) (Möhler & Meyer, 2014, S. 284).

„As a nurse, I feel very bad, I hate to do this, this is inhumane, impolite and the restraints will frighten the elders...however, this is my responsibility and obligation to ensure their safety“ (Möhler & Meyer, 2014, S. 284).

In der Review von Happell und Harrow (2010) tritt das Dilemma zwischen dem Aspekt der Fürsorge und der Kontrolle über die Betroffenen auf. In derselben Review gibt es jedoch zwei Studien, in denen Pflegende einen ethischen Konflikt verneinen (Happell & Harrow, 2010). Pflegende in Perkins et al. (2012) versuchen die Autonomie der Patientinnen und Patienten zu stärken, indem sie Gründe für fbM erläutern. Gleichzeitig sind sie bei der Anwendung von fbM sehr fordernd sowie befehlend und wollen die Situation kontrollieren.

Zwijssen et al. (2011) erhoben in ihrer Studie unter anderem quantitative Daten mit der moralischen Konfliktskala (1 = kein moralischer Konflikt, 5 = starker moralischer Konflikt). Die Intervention, welche den stärksten moralischen Konflikt auslöst, ist der Sicherheitsgurt (Mean: 3.31; SD: 1.37), gefolgt von Zwangsmedikation (Mean: 3.11; SD: 1.21), akustischer Überwachung (Mean: 2.24; SD: 1.23), geriatrischem Stuhl/Tisch (multifunktionaler Stuhl, bei dem gewisse Einstellungen das Aufstehen erschweren) (Mean: 2.12; SD: 1.06), getarnter Medikation (Mean: 1.96; SD: 1.00), elektronischem Chip in der Kleidung (Mean: 1.72; SD: 1.03), Bettgitter (Mean: 1.45; SD: 0.72) und Bewegungssensor (Mean: 1.45; SD: 0.77). Die Review von Jarrett et al. (2008) unterstützt diese Zahlen. In einer inkludierten Studie rief die Zwangsmedikation mit 18% Zustimmung die stärksten ethischen Konflikte hervor. Die Massnahme, welche als

am wenigsten problematisch eingeschätzt wird, ist das Überzeugen von Patientinnen und Patienten zur Einnahme von Medikamenten (Jarrett et al., 2008). Die systematische Review von Möhler und Meyer (2014) zeigt ebenfalls, dass Pflegende innerhalb der fbM eine gewisse Abstufung vornehmen.

4.2.5 Einfluss der Pflegekultur auf das Handeln und Erleben

Wie die folgende Äusserung zeigt, hat die Pflegekultur einen erheblichen Einfluss auf das Erleben Pflegender:

“One participant mentioned that applying restraints was not an individual’s choice, but rather the overall climate of the unit had a role to play. (...)” (Möhler & Meyer, 2014, S. 283).

In der Review von Happell und Harrow (2010) äussern Pflegende, dass sie vermehrt Alternativen anwenden würden, wenn sie nach ihrem eigenen Wertesystem arbeiten könnten. Der Einfluss der Kultur am Arbeitsplatz kann derart stark sein, dass Pflegende, welche anders empfinden als ihre Mitarbeitenden, dies nicht äussern. Falls Pflegende bei der Anwendung von fbM Unbehagen äussern, haben sie den Eindruck, dass das Management einer Institution keine Alternativen oder Ressourcen zur Verfügung stellen will. In der Review von Van der Merwe et al. (2013) äussern Psychiatriepflegende, dass sie sich von ihren Arbeitskolleginnen und –kollegen unter Druck gesetzt fühlen. Dies zeigt sich in Situationen, in denen sie eine kürzere Isolationsdauer oder eine mildere Intervention vorschlagen, die Mehrheit des Teams jedoch für eine striktere Methode plädiert. Möhler und Meyer (2014) erfassen ein ähnliches Phänomen:

It was clearly important for nurses to feel they were accepted among colleagues. Some nurses said they could in principle carry the consequences of their decision not to use restraints, but the views of other staff made it much harder for them to take that decision (S. 283).

In der Studie von O'Brien und Cole (2004) erleben Pflegende eine Kultur welche fbM anordnet, jedoch kein Hinterfragen erlaubt. Zudem fühlen sich Pflegende in ihrer Arbeit nicht wertgeschätzt und haben den Eindruck, in einer konkurrierenden Umgebung zu arbeiten. Weiter bestehen differierende Meinungen in Bezug auf die Aufgaben einer Pflegefachperson und vorhandene Richtlinien werden individuell interpretiert. Diese unterschiedlichen Auffassungen führen zu uneinheitlichen Arbeitsabläufen, welche wie folgt als Konflikte erlebt werden:

I said, 'I'll go and explain to him what's going to happen' – (...) he (another nurse) said 'oh no don't tell him – we'll just call security and they'll be up in a minute and we'll just come and do it'. (...) I think we should have at least explained the options (O'Brien & Cole, 2004, S. 95).

Ähnliche Erkenntnisse gehen aus der Studie von Moore und Haralambous (2007) hervor. Ein ständiger Wechsel in der Pflegeleitung sowie ein paternalistisches Leitbild, welches Änderungen wenig unterstützt, empfinden Pflegende als Hindernis zur Reduktion von fbM. Pflegefachpersonen berichten, dass sowohl physische als auch medikamentöse fbM einmal angeordnet, bestehen bleiben. Nur vereinzelt wird der gewünschte Effekt der Intervention erfasst und evaluiert.

4.3 Erleben Angehöriger

Im zweiten Teil der Synthese werden Aspekte zum Erleben Angehöriger präsentiert. Acht Forschungsarbeiten geben Auskunft zum Thema.

4.3.1 Erleben von Sicherheit und Vorteilen

Angehörige nehmen ebenfalls positive Aspekte von fbM wahr. Lai und Wong (2008) befragten 25 Angehörige in einer Rehabilitationsklinik über ihre Haltung zu fbM. Dabei empfinden 88% der Befragten (22 Personen) fbM als nützlich. Fünfzehn von diesen 22 Personen äussern, dass die Anwendung von fbM sicherer für die Betroffenen ist und die restlichen sechs Personen beschreiben fbM generell als hilfreich. Die übrigen 12% (drei Personen) können nicht sagen, ob sie fbM als nützlich empfinden oder nicht. In einer weiteren Frage äussern 12% (drei Personen), dass sie fbM unterstützen. In der Studie von Haut et al. (2007) befürworteten Angehörige fbM, wenn diese zur Verhinderung von Stürzen und Verletzungen angewendet werden. In Saarnio und Isola (2009) äussern Angehörige die Vermutung, dass sich die Patientinnen und Patienten bei der Anwendung von fbM sicherer fühlen. Sobald Angehörige in Moore und Haralambous (2007) das Gefühl haben, dass die Mitarbeitenden eine bestmögliche Pflege erzielen wollen, sind sie mit den vorgeschlagenen Interventionen einverstanden: „[Staff] don't ask for permission [for medication] if it's for aggressiveness. It's up to them to decide – (...) They're doing the best they can for the person. (...)“ (Moore & Haralambous, 2007, S. 537).

In der Studie von Oearsakul et al. (2011) wurden quantitative Daten zur Perspektive von Angehörigen in Bezug auf fbM erhoben. Angehörige stimmen folgenden Items eher selten zu: fbM verletzen persönliche Rechte (26.0%) und fbM demütigen Patientinnen und Patienten (37.0%). Weiter fanden Zwijsen et al. (2011) heraus, dass

Angehörige elektronische Überwachungsgeräte nicht als Einschränkung der Privatsphäre empfinden und sie nicht als fbM bezeichnen:

“So I think it’s fine that such a system exists and that it works, (...). No I don’t consider it a restraint at all, I think it’s wonderful that it is available” (S. 831).

4.3.2 Erleben von negativen Emotionen

In der Review von Haut et al. (2007) äussern sich Angehörige negativ zu den fbM. Sie empfinden Wut und Unverständnis, vor allem wenn sie die Massnahme nicht nachvollziehen können. Weiter äussern Angehörige Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit. Zudem erleben sie die Freiheitsbeschränkung als entwürdigend und haben Schuldgefühle:

„It’s degrading to see him tied” (Haut et al., 2007, S. 208).

Saarnio und Isola (2009) haben wie Haut et al. (2007) ein geriatrisches Setting untersucht und identifizieren ebenfalls negative Gefühle wie Unbehagen, Angst und Ärger. Zudem kann eine Unsicherheit bezüglich der Gründe für die Anwendung von fbM festgestellt werden. Jedoch äussern Familienangehörige, dass die Akzeptanz der bestehenden Situation hilft, mit negativen Aspekten umzugehen.

Die Frage, was die Angehörigen von fbM halten, wird in Lai und Wong (2008) von 21 Personen (84%) mit dem Item „no comment“ beantwortet. Eine Person (4%) gibt an, dass sie negative Gefühle („Dislike due to patient’s discomfort“) empfindet. Zwei von 25 Angehörigen (8%) würden die fbM entfernen, wenn sie zu Besuch kommen. In der Studie konnte keine signifikante Verbindung zwischen der Haltung gegenüber fbM und der Anzahl Besuche pro Woche (p -Wert= 0.775) nachgewiesen werden. Haut et al. (2009) untersuchten diesen Zusammenhang ebenfalls. Auf einer fünf Punkte Likertskala (5 = vollständige Zustimmung, 1 = vollständige Ablehnung) ergeben sich folgende Werte (Mean \pm SD) für die Haltung von Angehörigen:

Tabelle 19: Zusammenhang zwischen Haltung, Einschränkung oder Unannehmlichkeit und Anzahl Besuche. Werte sind als Mean \pm SD angegeben (Haut et al., 2009).

Besuche	Haltung	Einschränkung	Unannehmlichkeit
Täglich	3.37 \pm 0.57	2.16 \pm 0.36	2.17 \pm 0.38
Zwei bis dreimal pro Woche	3.33 \pm 0.62	2.12 \pm 0.32	2.12 \pm 0.37
Maximal einmal pro Woche	3.65 \pm 0.53	2.02 \pm 0.34	1.93 \pm 0.39

Angehörige, welche ihre Familienmitglieder im Pflegeheim maximal einmal pro Woche besuchen, haben eine signifikant positivere Haltung gegenüber fbM als Personen, die

täglich oder zwei- bis dreimal pro Woche im Pflegeheim zu Besuch sind (p -Wert <0.05). Zudem bewerten Angehörige, welche das Pflegeheim maximal einmal pro Woche aufsuchen, die fbM als signifikant weniger unangenehm als Angehörige, die häufiger Besuche machen (p -Wert <0.05). Zwischen der Einschätzung der Einschränkung von fbM und der Häufigkeit der Besuche kann jedoch kein signifikanter Zusammenhang nachgewiesen werden (Haut et al., 2009).

4.3.3 Fehlen von Alternativen

Fehlende Alternativen sind auch beim Erleben Angehöriger zentral. In Lai und Wong (2008) geben 52% der Befragten (13 Personen) an, dass es keine Alternativen zu fbM gibt. Zwölf Prozent (drei Personen) kennen Alternativen und 36% (neun Personen) äussern, dass sie noch nie über diese Frage nachgedacht haben. Auch in der Studie von Zwijsen et al. (2011) sehen Angehörige keine andere Lösung als fbM. Die Befragten bewerten fbM tendenziell positiv und erachten es nicht als notwendig, nach Alternativen zu suchen. Weiter äussern Angehörige in der Studie von Moore und Haralambous (2007), dass sie fbM als einzige Möglichkeit sehen, um die Sicherheit zu garantieren:

“The only reason I signed the forms [authorising restraint] for mum was for safety. If there was any other way... But when there's no other way you don't have a choice (...)” (S. 535).

In der Studie von Saarnio und Isola (2009) werden hingegen Alternativen von Familienmitgliedern genannt. Angehörige sind der Überzeugung, dass mehr Pflegepersonal die Anwendung von fbM reduzieren könnte. Zudem ziehen sie physische den medikamentösen fbM vor.

4.3.4 Erleben der Beziehung zum Pflegepersonal

Die Beziehung zum Pflegepersonal hat einen relevanten Einfluss auf das Erleben der Angehörigen. Im folgenden Zitat aus O'Brien und Cole (2004) beschreiben sie Pflegenden als gestresst und distanziert:

„They tended to ignore me ... there was no caring of me as a spouse. One registered nurse attempted to gain a relationship with (my relative) ... the rest, it was very much keep your distance, ignore” (S. 94).

Dies wirkt sich negativ auf die Kommunikation zwischen den beiden Parteien aus. Gleichzeitig betonen Angehörige die Wichtigkeit einer umfassenden Informationsabgabe bezüglich fbM. Sie erleben Schuldgefühle aufgrund der Krankheit ihres Familienmitglieds, fühlen sich zurückgewiesen und sind zu wenig in die

Behandlung involviert. Angehörige erkennen jedoch, dass Pflegende eine sehr schwierige Aufgabe haben (O'Brien & Cole, 2004). In der Geriatrie kommt auch eine mangelnde Informationabgabe zur Sprache. Familienmitglieder wünschen sich Auskunft über Massnahmen, welche fbM ersetzen können und angenehmer für die Patientin oder den Patienten sind (Moore & Haralambous, 2007). In Saarnio und Isola (2009) erachten es Familienmitglieder zudem als wichtig, dass Pflegefachpersonen auch die Betroffenen über die Gründe der fbM aufklären.

In Lai und Wong (2008) geben 48% (12 Personen) an, dass sie bei Problemen ihre Meinung dem Pflegepersonal mitteilen würden. Dieselbe Anzahl Personen hingegen würde ihre Meinung nicht äussern und eine Person macht keine Angaben zu diesem Item. Vier von 25 Personen (16%) haben versucht, mit den Pflegenden zu sprechen. Zwanzig Personen hingegen haben es nicht versucht und bei einer Person gibt es erneut keine Angaben. Auf die Frage, wer bereits Unbehagen bezüglich fbM geäussert habe, antworten vier Angehörige (16%) mit „Nein“ und zu den restlichen 21 Personen (84%) gibt es keine Angaben (Lai & Wong, 2008).

4.4 Vergleich des Erlebens von Pflegenden und Angehörigen

In drei Studien werden Vergleiche zwischen den Haltungen von Pflegenden und Angehörigen durchgeführt (Haut et al., 2009; Oearsakul et al., 2011; Zwijsen et al., 2011).

In Haut et al. (2009) werden die erhobenen Daten mit Ergebnissen aus einer Studie verglichen, welche die Haltung von Pflegenden in Pflegeheimen untersucht. Die Angehörigen bewerten die Angemessenheit von fbM mit 4.04 ± 0.69 (Mean \pm SD) auf einer 5-Punkte Likertskala (1 = vollständige Ablehnung, 5 = vollständige Zustimmung). Pflegende bewerten die Angemessenheit mit 4.24 ± 0.63 (Mean \pm SD) auf derselben Skala. Der Vergleich der beiden Gruppen zeigt einen signifikanten Unterschied mit einem p -Wert <0.001 . Generell zeigen Angehörige eine positivere Haltung gegenüber fbM als Pflegende (Generelle Haltung Mean \pm SD: 3.40 ± 0.60 vs. 3.07 ± 0.48 , p -Wert <0.001). Auf einer 3-Punkte Likertskala wurde das Ausmass der Einschränkung und der Unannehmlichkeit von verschiedenen fbM eingeschätzt (1 = nicht einschränkend oder nicht unangenehm, 3 = sehr einschränkend oder sehr unangenehm). Die Werte sind in Tabelle 20 zusammengefasst:

Tabelle 20: Einschätzung verschiedener fbM bezüglich Einschränkung und Unannehmlichkeit. Werte sind als Mean \pm SD angegeben (Haut et al., 2009).

Massnahmen	Einschränkung		Unannehmlichkeit	
	Angehörige	Pflegende	Angehörige	Pflegende
FbM im Allgemeinen	2.11 \pm 0.33	2.19 \pm 0.29	2.10 \pm 0.38	2.17 \pm 0.32
Handgelenkfixierung	2.88 \pm 0.41	2.90 \pm 0.36	2.90 \pm 0.36	2.91 \pm 0.34
Fussgelenkfixierung	2.79 \pm 0.53	2.81 \pm 0.49	2.85 \pm 0.39	2.82 \pm 0.47
Infrarot-Systeme	1.32 \pm 0.62	1.58 \pm 0.72	1.31 \pm 0.60	1.62 \pm 0.73
Klingelmatten	1.36 \pm 0.62	1.55 \pm 0.67	1.36 \pm 0.60	1.55 \pm 0.67
Einseitige Bettgitter	1.53 \pm 0.63	1.38 \pm 0.52	1.54 \pm 0.61	1.32 \pm 0.49
Geschlossene Schlafanzüge	2.40 \pm 0.64	1.67 \pm 0.68	2.43 \pm 0.63	1.75 \pm 0.69
Abschliessen von Türen auf der Abteilung	1.99 \pm 0.79	2.39 \pm 0.71	1.88 \pm 0.81	2.38 \pm 0.72

Betrachtet man fbM im Allgemeinen, so ist die Einschätzung von Angehörigen sowie Pflegenden ähnlich und eher negativ. Trotz ähnlichen Mean-Werten berechneten die Forschenden, dass Angehörige die Massnahmen signifikant positiver bewerten (p -Wert $<$ 0.05). Angehörige und Pflegende erleben Handgelenkfixierungen gefolgt von Fussgelenkfixierungen als am stärksten einschränkend und unangenehm. Hierbei ergibt sich kein signifikanter Unterschied zwischen Angehörigen und Pflegenden. Am wenigsten unangenehm und einschränkend werden Klingelmatte, Infrarot-Systeme und einseitige Bettgitter bewertet. Bezüglich dieser drei Massnahmen besteht ein signifikanter Unterschied zwischen der Bewertung von Pflegenden und Angehörigen (p -Wert $<$ 0.05). Besonders stark unterscheiden sich die Ansichten von Pflegenden und Angehörigen bei der Anwendung von geschlossenen Schlafanzügen sowie dem Abschliessen von Türen auf der Abteilung. Angehörige bewerten die Anwendung von Schlafanzügen als wesentlich einschränkender und unangenehmer als Pflegende. Das Abschliessen von Türen auf der Abteilung hingegen wird von Pflegenden stärker negativ bewertet (Haut et al., 2009).

Ein signifikanter Unterschied in Bezug auf die Haltung von Angehörigen und Pflegefachpersonen gegenüber fbM kann auch in der Studie von Oearsakul et al. (2011) festgestellt werden. Die Haltung beider Parteien wurde anhand einer Likertskala erfasst. Am Ende der Datenerhebung wurde die Summe aller Items berechnet, welche von 19 bis 70 reichen konnte. Je höher der Wert desto positiver ist die Einstellung der Beteiligten. Angehörige haben in dieser Studie ebenfalls eine positivere Haltung als Pflegende (Mean: 46.9; SD: 3.4; Range: 40-53 vs. Mean: 44.6; SD: 3.9; Range: 35-54;

t-Test: -2.27; p-Wert: 0.027). Die Studie von Zwijsen et al. (2011) ergibt, dass Pflegende und Angehörige oftmals die Abneigung von Schlüsselpersonen (Als Schlüsselpersonen werden Personen definiert, welche bei der Entwicklung und Implementierung von Richtlinien zu fbM eine entscheidende Rolle einnehmen) gegenüber fbM nicht verstehen. Angehörige äussern, dass fbM belassen werden sollen, falls es die Betroffenen nicht stört. Die Aussage einer Heimgärtin oder eines Heimgärtners bestätigt die aufgezeigte Haltung der Angehörigen:

“(...) When I suggest putting the bedrails down, I encounter the resistance of the family member in particular” (Zwijsen et al., 2011, S. 831).

5 DISKUSSION

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse verglichen und aus verschiedenen Perspektiven diskutiert. Die Stärken und Schwächen der Studien und Reviews dienen als Grundlage, um die Aussagekraft der Resultate zu erläutern. Zur Strukturierung dienen dieselben Kategorien wie bei der Synthese der Ergebnisse. Am Ende dieses Kapitels werden die Fragestellungen beantwortet und die Limitationen der vorliegenden Monografie aufgeführt.

Die Autorinnen können in Bezug auf die Ergebnisse keinen Unterschied zwischen den Settings Psychiatrie, Geriatrie, Akutspital und Rehabilitation ausmachen. Obwohl in der Psychiatrie Isolationen gehäuft vorkommen, zeigen sich dabei ähnliche Emotionen wie bei der Anwendung anderer fbM. Dies spricht für die Vergleichbarkeit der verschiedenen Arten von fbM bezüglich des Erlebens. Es muss beachtet werden, dass fbM in den Literaturarbeiten unterschiedlich definiert sind. Der Begriff fbM wird auch durch die Gesetzgebung des jeweiligen Landes geprägt was möglicherweise die Ergebnisse beeinflusst.

5.1 Erleben Pflegender

5.1.1 Erleben von Sicherheit und Vorteilen

Pflegeschwestern erleben, dass fbM die Sicherheit der Betroffenen gewährleisten, indem sie Stürzen und Verletzungen vorbeugen (Möhler & Meyer, 2014; Zwijsen et al., 2011; Saarnio & Isola, 2009; Haut et al., 2007; Happell & Harrow, 2010; Perkins et al., 2012). Psychiatriepflegende sehen die Isolation als wichtige Massnahme, um die Sicherheit und das Wohlbefinden von Pflegenden sowie Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Diese Haltung bleibt bestehen, obwohl nachgewiesen ist, dass eine Reduktion von Isolationen nicht zu einer Zunahme von Aggression und Gewalt führt

(Happell & Harrow, 2010). Die verfügbare wissenschaftliche Evidenz kann zudem belegen, dass fbM Stürze und Verletzungen nicht effektiv reduzieren (Möhler & Meyer, 2014).

In Möhler und Meyer (2014) wird nach etablierten Standards zur Erstellung einer systematischen Review vorgegangen. Aufgrund des grossen Samples kann man davon ausgehen, dass keine relevanten Studien übersehen wurden. Zudem weist die Mehrheit der inkludierten Studien eine zufriedenstellende Qualität auf. Die Konsistenz der Resultate spricht für die Glaubwürdigkeit und Übertragbarkeit der Daten. Eine Schwäche der systematischen Review ist, dass die Probandinnen und Probanden in den inkludierten Studien anhand der „Convenience- und Purposive-Sampling“ Methode ausgewählt wurden. Bei der „Convenience-Sampling“ Methode wird die Stichprobe aufgrund einfacher Verfügbarkeit gebildet. Bei der „Purposive-Sampling“ Methode wählen die Forschenden Teilnehmende aus, von denen sie denken, dass sie relevante Aussagen zur Problematik machen können. Somit sind die Stichproben nicht repräsentativ und die Generalisierbarkeit ist in Frage gestellt. Studien, welche nicht in der systematischen Review eingeschlossen sind, stützen deren Aussagen. Zwijsen et al. (2011) verwendeten zur Datenerhebung verschiedene Methoden, so dass Triangulation erreicht wird. Die Datenanalyse wurde mit Hilfe von verschiedenen Instrumenten sowie zwei unabhängigen Forschern durchgeführt. Anlass zur Skepsis gibt die Tatsache, dass der Einfluss der Forschenden auf die Datenerhebung kaum beschrieben und somit die Neutralität unklar ist. Haut et al. (2007) eröffnen in ihrer Review mehrere Perspektiven, da Angehörige, Pflegende und Betroffene untersucht werden. Eine unvollständige Suchstrategie führt jedoch zu wenigen Studien mit kleinen Stichproben und methodischen Schwächen. Es ist unklar, ob eine systematische Literaturrecherche erfolgte. Deshalb können keine gesicherten Aussagen gemacht, sondern nur Tendenzen aufgezeigt werden. Die drei zuvor diskutierten Forschungsarbeiten analysieren qualitative sowie quantitative Daten. Hierbei muss beachtet werden, dass diese Daten nicht miteinander verglichen werden können. Die qualitativen Ergebnisse von Saarnio und Isola (2009) stützen die Aussagen der zuvor erwähnten Arbeiten. Besondere Stärken dieser Studie sind das Erreichen einer Triangulation und eine lange Beobachtungszeit, was die Glaubwürdigkeit erhöht. Eine möglichst objektive Beobachtung wird angestrebt, indem die Forschenden keine Erfahrung in der geriatrischen Pflege mitbringen. In Perkins et al. (2012) werden die Ergebnisse mit vielen Zitaten belegt, so dass die Glaubwürdigkeit der Daten unterstützt wird. Das Auswahlverfahren der Teilnehmenden wird nicht beschrieben und trotz eines grossen Samples besteht Unklarheit, ob die Sättigung erreicht ist. Als weitere

Schwäche muss angefügt werden, dass das Setting ungenügend beschrieben und dadurch die Übertragbarkeit der Resultate in Frage gestellt ist. Die Review von Happell und Harrow (2010) verfügt mit 28 Studien über ein grosses Sample, obwohl nur auf zwei Datenbanken recherchiert wurde. Die Limiten sowie die Ein- und Ausschlusskriterien sind angemessen formuliert. Im aufgeführten Methodenteil ist nicht ersichtlich, ob eine systematische Recherche durchgeführt wurde. Zudem fehlt eine Bewertung der inkludierten Studien, was eine Einschätzung der Datenqualität erschwert. Es wird erwähnt, dass die Vergleichbarkeit der verwendeten Studien nicht gewährleistet ist.

Als weiterer Vorteil von fbM äussern Pflegende, dass sie zur Aufrechterhaltung einer Therapie beitragen. In der Psychiatrie wird vorwiegend geäussert, dass Isolationen Reizüberflutung vermindern und somit zur Beruhigung von Patientinnen und Patienten dienen (Van der Merwe et al., 2013; Happell und Harrow, 2010; O'Brien und Cole, 2004). In der Studie von Van der Merwe et al. (2013) wird zusätzlich aufgezählt, dass körperliche Grenzen aufgezeigt und Verhaltensweisen geändert werden können. In der Geriatrie steht die Sicherung von venösen Zugängen, Magensonden und Kathetern im Vordergrund. Die therapieunterstützende Wirkung der fbM muss aufgrund negativer Patientenaussagen hinterfragt werden. Van der Merwe et al. (2013) befragen Pflegende, wie sie das Erleben von Patientinnen und Patienten bei Isolationen charakterisieren würden. Dabei werden mehrheitlich negative Gefühle genannt. Hier stellt sich die Frage, ob fbM wirklich indizierte therapeutische Interventionen darstellen. Bezüglich der Resultate aus Van der Merwe et al. (2013) müssen folgende Stärken und Schwächen der Review beachtet werden. Es wurde ein grosses Sample von 39 Studien bearbeitet, was die Übertragbarkeit erhöht. Allerdings muss erwähnt werden, dass viele eingeschlossene Studien älter als zehn Jahre sind. Die grosse Anzahl inkludierter Studien weist auf eine systematische Recherche hin, jedoch ist dies nicht bestätigt, was die Glaubwürdigkeit der Daten vermindert. Die Qualität der Review ist fraglich, da Aussagen zu Stärken und Schwächen der inkludierten Studien fehlen. Die Studie von O'Brien und Cole (2004) weist ebenfalls methodische Schwächen auf. Die Nachvollziehbarkeit ist erschwert, da die Population und die Datenerhebung knapp beschrieben sind. Die Datenanalyse hingegen ist ausreichend erläutert und die qualitativen sowie quantitativen Daten weisen in dieselbe Richtung.

In vier Forschungsarbeiten zeigt sich, dass Pflegende fbM oft als angemessen beurteilen (Möhler & Meyer, 2014; Oearsakul et al., 2011; Moore & Haralambous, 2007; Happell & Harrow, 2010). In Oearsakul et al. (2011) wird dem Item, welches die Demütigung von Patientinnen und Patienten thematisiert, im Vergleich zu anderen

Items eher selten zugestimmt. Allerdings erfolgt die Ablehnung dieses Items sehr knapp. Eine Stärke dieser Studie ist, dass die verwendeten Instrumente durch Pilottests überprüft wurden. Möhler und Meyer (2014) haben viele Datenbanken durchsucht und zusätzliche Strategien zur Studiensuche angewendet. Trotzdem ergibt die Suche wenige quantitative Studien mit unterschiedlichen Methoden. Aus diesem Grund konnte keine Metasynthese erstellt werden und es erfolgte lediglich eine qualitative Inhaltsanalyse. Dabei zeigen wenige Items die Haltung von Pflegenden auf. Bei der quantitativen Datenerhebung ist es Pflegenden nicht möglich, eigene Gedanken zum Erleben zu äussern. Obwohl quantitative und qualitative Daten nicht verglichen werden können, sind mögliche Parallelen feststellbar. In Moore und Haralambous (2007) erleben Pflegende nur die inkorrekte Anwendung von fbM als schädlich. In dieser Studie werden vor allem Personen ins Sample aufgenommen, die sich für das Thema interessieren und sich freiwillig zur Verfügung stellten. Dies hat einen Einfluss auf die Neutralität der Aussagen. In der Review von Happell und Harrow (2010) befürworten mehr als zwei Drittel der Pflegefachpersonen die Anwendung von Isolationen und erachten diese aufgrund der Patientencharakteristika als notwendig und akzeptabel. Oftmals erscheint den Pflegenden die Isolation als einzige Intervention, um Gewalt und Aggressionen zu kontrollieren. Die Autorinnen betrachten diesen Aspekt kritisch, da ihre Erfahrung zeigt, dass sich Patientinnen und Patienten der Anwendung von fbM widersetzen. Somit ist fraglich, ob Isolationen zur Aggressions- und Gewaltreduktion beitragen. Die Autorinnen vermuten, dass ein eskalatorischer Effekt bei der Anwendung von fbM unterschätzt wird.

Im theoretischen Bezugsrahmen dieser Arbeit (Kapitel 2.7.1) wird beschrieben, dass fbM nur indiziert sind, wenn sie dazu dienen, Selbst- oder Fremdgefährdung zu verhindern oder schwerwiegende Störungen des Gemeinschaftslebens zu beseitigen. Drei Studien (Saarnio & Isola, 2009; Möhler & Meyer, 2014; Haut et al., 2007) zeigen, dass fbM in diesen spezifischen Situationen angewendet und von Pflegenden befürwortet werden. Ein besonderer Aspekt des Selbstschutzes wird in Möhler und Meyer (2014) erwähnt. Pflegende äussern Angst, für Stürze oder Verletzungen haftbar gemacht zu werden. Die Autorinnen vermuten, dass Richtlinien, klare Verordnungen und eine unterstützende Teamkultur diese Sorge vermindern können.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Pflegende die Anwendung von fbM als angemessen betrachten, sofern sie zur Sicherheit aller Beteiligten und zur Aufrechterhaltung von Therapien dient. Fünf der verwendeten Forschungsarbeiten weisen eine tiefe Qualität auf. Die qualitativ hochstehende systematische Review stützt

jedoch deren Aussagen. Da alle Ergebnisse in die gleiche Richtung weisen, erscheinen sie glaubwürdig.

5.1.2 Erleben von negativen Gefühlen

Mehrere Studien und Reviews erfassen negative Emotionen bei der Anwendung von fbM. Pflegende äussern besonders häufig Schuldgefühle, weiter werden Unbehagen, Frustration, Trauer, Mitleid und Enttäuschung genannt (Moran et al., 2009; O'Brien & Cole, 2004; Möhler & Meyer, 2014; Van der Merwe et al., 2013). Die qualitativen Aussagen werden teilweise durch die quantitativen Resultate von Möhler und Meyer (2014) sowie Oearsakul et al. (2011) gestützt. Die quantitativen Daten von Möhler und Meyer (2014) weisen nicht auf Schuldgefühle bei Pflegenden hin. Abgesehen davon können die Autorinnen feststellen, dass die qualitativen und quantitativen Daten in eine identische Richtung weisen, was die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse erhöht. Die Studien von Moran et al. (2009) sowie O'Brien und Cole (2004) haben beide Fokusgruppeninterviews durchgeführt. Diese bergen gewisse Bias, da die Gefahr besteht, dass die Aussagen der Teilnehmenden durch die Gruppe und ihre sozialen Anschauungen beeinflusst werden. In Moran et al. (2009) beobachtete eine Person die Befragten und machte sich Notizen, während die andere das Interview durchführte. Die Interpretation der Daten erfolgte ebenfalls durch mehrere Forschende, somit wird deren Glaubwürdigkeit erhöht. Eine Schwäche in Moran et al. (2009) stellt das Purposive Sampling (zielgerichtete Auswahl der Teilnehmenden) dar. Zudem ist unklar, ob eine Sättigung erreicht ist. Van der Merwe et al. (2013) sowie Möhler und Meyer (2014) verwenden für ihre Reviews sowohl qualitative als auch quantitative Studien. Dabei muss festgehalten werden, dass den qualitativen Ergebnissen mehr Beachtung geschenkt wird. Die quantitativen Methoden werden spärlich beschrieben und Kriterien einer quantitativen Analyse nicht beachtet. Die Autorinnen stellen sich die Frage, ob der Einbezug von quantitativen Daten gewinnbringend ist, da sie sich nicht mit qualitativen vergleichen lassen.

Den Autorinnen ist aufgefallen, dass positive Emotionen eher rational erklärt werden. Negative Gefühle hingegen, werden in den Forschungsarbeiten selten begründet. Eine mögliche Erklärung hierfür ist, dass es Pflegende aufgrund des sozialen Kontexts nicht wagen, positive Aspekte von fbM ohne Erklärung zu nennen. Erstaunlich ist, dass fbM relativ häufig angewendet werden, obwohl Pflegende negative Emotionen empfinden. Ein Zitat von Perkins et al. (2012, S. 45), in der Monografie auf Seite 38, deutet darauf hin, dass bei der Durchführung der fbM eine Art Kampf zwischen Pflegenden und Betroffenen resultiert. Einerseits reagieren Patientinnen und Patienten abwehrend,

andererseits sind Pflegende der Überzeugung, dass die Intervention notwendig ist und führen diese konsequent durch. Während dieser Interaktion entsteht eine Spannung, welche bei allen Beteiligten Angst auslöst (Perkins et al., 2012). Dadurch neigen Pflegende vermehrt zu unsystematischen Handlungen und fühlen sich folglich inkompetent (Moran, et al., 2009). Zusätzlich sind Pflegefachpersonen ängstlicher und vorsichtiger, falls sie die Patientin oder den Patienten nicht kennen. Da in vielen Institutionen ein Personalmangel besteht, haben Pflegende wenig Zeit, eine Beziehung zu den Betroffenen aufzubauen. Aus Vorsicht und um einer Eskalation vorzubeugen, werden vermehrt Isolationen durchgeführt, was wiederum viel Personal und Zeit beansprucht (Perkins et al., 2012).

In Zwijsen et al. (2011) haben Pflegende bei der Anwendung von elektronischen Interventionen ein ungutes Gefühl, da sie in die Privatsphäre der Betroffenen eingreifen. Für Angehörige sind elektronische Massnahmen weniger offensichtlich und werden deshalb nicht als Freiheitsbeschränkung bezeichnet. Zwijsen et al. (2011) argumentieren in ihrer Diskussion mit dem Artikel 8.1 der European Convention of Human Rights, welcher definiert, dass die Privatsphäre jeder Person respektiert werden muss (European Court of Human Rights, 2010).

Umgang mit negativen Gefühlen

In vier Forschungsarbeiten (Moran et al., 2009; Perkins et al., 2012; Happell & Harrow, 2010; Möhler & Meyer, 2014) wird der Umgang mit negativen Emotionen beschrieben. Mehrheitlich kann festgestellt werden, dass Pflegende negative Gefühle unterdrücken (Moran et al., 2009; Perkins et al., 2012; Happell & Harrow, 2010). Diese Coping-Strategie hat zur Folge, dass sich Pflegende emotional von Patientinnen und Patienten distanzieren. Dies wiederum kann zu einer Vernachlässigung der Bedürfnisse von Betroffenen führen (Moran et al., 2009; Perkins et al., 2012). Moran et al. (2009) kommt zu folgender Schlussfolgerung: Die Unterdrückung der Gefühle führt zu einer emotionalen Distanziertheit, was eine angemessene pflegerische Beziehung verhindert. Besonders in der Psychiatrie ist eine pflegerische und therapeutische Beziehung, welche auf Empathie und Vertrauen basiert, äusserst wichtig. Falls diese fehlt, ist die effektive Kommunikation eingeschränkt. Dies wiederum führt zur vermehrten Anwendung von fbM, da Gespräche zur Deeskalation nötig sind. Es ist offensichtlich, dass ein *circulus vitiosus* entstehen kann. Dieser Umstand führt zur Verminderung der Arbeitsmoral sowie des Wohlbefindens (Moran et al., 2009; Happell & Harrow, 2010). Perkins et al. (2012) können feststellen, dass sich Pflegende selten über die Anwendung von fbM und die dabei ausgelösten Gefühle unterhalten. Morse (2001) behauptet in seinem Modell, dass man die Phase des „Ertragens“

(Unterdrückung der Gefühle) überwinden muss und seine Emotionen ausdrücken soll. Auf diese Weise kann man das emotionale Leiden verarbeiten. Möhler und Meyer (2014) stützen diese Aussage, indem sie feststellen, dass es Pflegenden hilft, im Team über ihre Gefühle zu sprechen. Da die systematische Review im Vergleich zu den Einzelstudien eine hohe Qualität aufweist, kann dieser Aussage Wahrheitswert zugesprochen werden. Morse (2001) konzipierte sein Modell ursprünglich für den Umgang mit Aggressionen. In Moran et al. (2009) wird es zum ersten Mal in Zusammenhang mit fbM gebracht. Trotz einer glaubwürdigen Begründung ist nicht bewiesen, ob es auf den beschriebenen Sachverhalt transferiert werden kann.

Alles in allem erleben Pflegefachpersonen in vier Literaturarbeiten am häufigsten Schuldgefühle, Unbehagen, Frustration, Trauer, Mitleid, Enttäuschung und Angst. Die am häufigsten genannte Coping-Strategie ist das Unterdrücken der Gefühle, welches sich negativ auf die pflegerische Beziehung auswirkt.

5.1.3 Fehlen von Alternativen

In mehreren einbezogenen Forschungsarbeiten wird das Thema der Alternativen diskutiert. Vier Arbeiten (Möhler & Meyer, 2014; Perkins et al., 2012; Zwijsen et al., 2011; Jarrett et al., 2008) fanden heraus, dass Alternativen in den untersuchten Institutionen nicht vorhanden sind oder Pflegende keine Kenntnisse darüber haben. Pflegende in Perkins et al. (2012) wenden oft die einschränkendsten fbM an, da sie keine andere Lösung sehen. Saarnio und Isola (2009) erwähnen, dass Pflegende die Ansicht vertreten, fbM seien bei Personen ab einem gewissen Alter normal. Demgegenüber wird in vier Artikeln deutlich, dass Alternativen vorhanden wären, jedoch aus verschiedenen Gründen nicht angewendet werden (Moore & Haralambous, 2007; Jarrett et al., 2008; Saarnio & Isola, 2009; Happell & Harrow, 2010). Pflegende haben oft kein Vertrauen in die Wirksamkeit alternativer Möglichkeiten (Jarrett et al., 2008; Moore & Haralambous, 2007). Sie wünschen sich, Alternativen mit der Ärzteschaft diskutieren zu können, damit Unsicherheiten minimiert werden. Daraus resultiert, dass eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zur Reduktion von fbM unabdingbar ist (Moore & Haralambous, 2007). Pflegende in der Review von Happell und Harrow (2010) äussern, dass Isolationen trotz vorhandenen Alternativen nicht vermieden werden können. Die Autorinnen stimmen dieser Aussage zu und sind überzeugt, dass die Abschaffung von fbM nicht das primäre Ziel ist. Trotzdem muss anhand einer umfassenden Reflexion ein routiniertes und unüberlegtes Handeln unterbunden werden. Van der Merwe et al. (2013) stützen diese Aussage.

Auf der Basis dieser Ergebnisse kann Bezug zur Theorie (Kapitel 2.2) hergestellt werden. Die Autorinnen nehmen an, dass die hohe Prävalenz der fbM durch das Fehlen von Alternativen begründet ist. Dies wiederum ist erstaunlich, da es viel Literatur zu alternativen Möglichkeiten gibt. Walther (2007) führt eine grosse Anzahl präventiver Interventionen für die Geriatrie auf wie beispielsweise die Anwendung von Hüftprotektoren. Ermler und Schmitt-Mannhart (2011) erläutern Umstrukturierungen im Umfeld von Patientinnen und Patienten, die zur Reduktion von fbM führen können. Moore und Haralambous (2007) zeigen ebenfalls auf, dass fehlendes Material und eine unangepasste Umgebung die Reduzierung von fbM erschweren. Die Autorinnen gehen davon aus, dass Evidenz zu alternativen Möglichkeiten vorliegt, da Schuler und Steffen (2010) in ihrer Bachelorthesis unter anderem Alternativen zu fbM auf der Intensivstation bearbeiten. In Anbetracht der einschneidenden Komplikationen von fbM (Kapitel 2.3), erachten es die Autorinnen als notwendig, Alternativen in Betracht zu ziehen. Die Schweizerische Gesetzgebung schreibt vor, dass bei der Anwendung von fbM die Verhältnismässigkeit und Proportionalität beachtet werden müssen (SAMW, 2005). Auch im Entscheidungsmodell des SBK (2013) wird in der Phase vier eine Suche nach Alternativen gefordert. Die einzige Studie, welche diese Haltung untermauert, ist Moran et al. (2009).

5.1.4 Erleben von ethischen Dilemmata

Sieben Forschungsarbeiten liefern Informationen zu ethischen Konflikten (Haut et al., 2007; Möhler & Meyer, 2014; Happell & Harrow, 2010; Moran et al., 2009; Perkins et al., 2012; Zwijsen et al., 2011; Jarrett et al., 2008). FbM schränken den Bewegungsspielraum ein und es wird gegen den Willen der Betroffenen gehandelt. Somit kommt es zwingend zu einem Konflikt mit dem Prinzip der Autonomie. In den Zitaten wird die Einschränkung der Autonomie mit folgenden Äusserungen beschrieben: „tied down“ (Haut et al., 2007, S. 207), „confine her mobility“ (Möhler & Meyer, 2014, S. 284). Die Prinzipien welche am häufigsten mit der Autonomie in Konflikt geraten sind Fürsorge / Gutes tun und Nicht-Schaden. Diese Prinzipien werden durch folgende Zitatausschnitte verdeutlicht: „she is going to harm herself“, „the restraints will frighten the elders“, „ensure their safety“ (Möhler & Meyer, 2014, S.284), „against your caring attitude“, „for the patient’s safety and everybody else’s safety“ (Moran et al., 2009, S. 206). Beispiele in denen das Gerechtigkeitsprinzip Teil eines ethischen Konflikts ist, sind: „It’s not fair for the others“ (Haut et al., 2007, S. 207), „it’s about human rights“, „this is inhumane“ (Möhler & Meyer, 2014, S. 284). Die Synthese betrachtend können die Autorinnen feststellen, dass Pflegende am häufigsten einen

Konflikt zwischen Schutz und Sicherheit sowie Autonomie erleben. Diese Aussage wird durch Bobbert (2011) im Kapitel 2.4 dieser Monografie bestätigt.

Pflegende in der Review von Haut et al. (2007) erleben in gewissen Situationen die Anwendung von fbM als Verletzung der Menschenwürde. Hierbei stellt sich die Frage, ob eine angemessene Güterabwägung stattgefunden hat. Die Autorinnen bezweifeln dies, da im SBK-Modell die Menschenwürde als Grenze der Güterabwägung genannt wird (SBK, 2013). Daraus schliessen die Autorinnen, dass ein Modell die Nachvollziehbarkeit des Entscheidungsprozesses erleichtert sowie die Anwendung von fbM strukturiert begründet. Dies kann möglicherweise das Erleben Pflegender positiv beeinflussen.

Die quantitativen Daten von Zwijsen et al. (2011) und Jarrett et al. (2008) zeigen, dass verschiedene fbM unterschiedlich starke moralische Konflikte auslösen. Dabei zeigt sich, dass die Zwangsmedikation als eine besondere ethische Herausforderung erlebt wird. Tendenziell weisen die Daten daraufhin, dass körpernahe fbM auf der moralischen Konfliktskala höher bewertet werden (Zwijsen et al., 2011). In der narrativen Review von Jarrett et al. (2008) wird die Datenanalyse jedoch sehr knapp beschrieben, so dass die Glaubwürdigkeit der Aussagen sinkt. Zudem sind keine Angaben vorhanden, wie die Daten verglichen und interpretiert wurden. Generell haben narrative Reviews aufgrund ihrer unsystematischen Recherche nur eine beschränkte Aussagekraft. Die Forschenden bewerten ihre Arbeit kritisch und zeigen die Dringlichkeit für mehr Daten in diesem Themengebiet auf. In der mixed-methods Studie von Zwijsen et al. (2011) fällt der qualitative Datensatz differenzierter aus und weist nur teilweise Parallelen zu den quantitativen Ergebnissen auf. Die unterschiedlichen Resultate beeinträchtigen die Glaubwürdigkeit. Die methodisch starke systematische Review von Möhler und Meyer (2014) unterstützt jedoch die Daten der qualitativ schwächeren Studien von Zwijsen et al. (2011) und Jarrett et al. (2008).

5.1.5 Einfluss der Pflegekultur auf das Handeln und Erleben

Im theoretischen Bezugsrahmen wird anhand von Altenthan et al. (2008) aufgezeigt, dass soziale Faktoren wie beispielsweise andere Personengruppen das Erleben beeinflussen. Es kann festgestellt werden, dass die Beziehungen im Pflorgeteam einen Einfluss auf die Haltung bezüglich fbM haben. Plädiert die Mehrheit des Teams für eine strikte Anwendung der fbM, fühlen sich einzelne Pflegende unter Druck gesetzt und äussern ihre gegenteilige Ansicht nicht (Happell & Harrow, 2010; Van der Merwe et al., 2013). Es zeigt sich, dass Pflegefachpersonen eine Kultur erleben, welche ein

Hinterfragen von generell akzeptierten Interventionen nicht erlaubt (O'Brien & Cole, 2004; Happell & Harrow, 2010). In O'Brien und Cole (2004) wird festgestellt, dass keine theoretischen Richtlinien zur Durchführung von fbM bestehen. Die Anwendung von fbM wird nach Moore und Haralambous (2007) sowie Haut et al. (2007) durch individuelle Überzeugungen und die Berufsausbildung beeinflusst. Diese uneinheitlichen Abläufe führen zu Konflikten im Team. Die Autorinnen vertreten die Meinung, dass in solchen Fällen das Management und die Stationsleitung einen evidenzbasierten Durchführungsprozess von fbM vorschlagen und unterstützen sollen. In den Literaturarbeiten zeigt sich jedoch ein anderer Sachverhalt. Pflegende äussern in der Review von Happell und Harrow (2010), dass die Leitung keine Alternativen und Ressourcen zur Verfügung stellen will. In Moore und Haralambous (2007) stellen ein ständiger Wechsel der Pflegeleitung und ein paternalistisches Leitbild mit wenig Akzeptanz für neue Ideen Hindernisse dar, um fbM zu reduzieren.

Pflegefachpersonen in Moore und Haralambous (2007) äussern, dass fbM einmal angeordnet, meist bestehen bleiben. Mehrere Studien diskutieren mögliche Lösungsansätze. Saarnio und Isola (2009) beispielsweise empfehlen, dass Pflegefachpersonen fbM stets reflektieren und hinterfragen. Auch im ZGB Artikel 383, B., I., Absatz 2 wird eine regelmässige Evaluation vorgeschrieben (Die Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft, 2014). Voraussetzung dafür ist eine Teamkultur, welche eine kritische Betrachtung von fbM erlaubt.

Summa summarum zeigt sich, dass die Pflegekultur einen Einfluss auf das Erleben und die Anwendung von fbM hat. Obwohl Happell und Harrow (2010) sowie Van der Merwe et al. (2013) Reviews erstellt haben, müssen ihre Aussagen vorsichtig gewichtet werden, da unklar ist, ob die Literaturrecherche systematisch erfolgte. Möhler und Meyer (2014) verfassten eine qualitativ hochstehende systematische Review, deren Daten mehr Glaubwürdigkeit zugesprochen werden kann.

5.2 Erleben Angehöriger

5.2.1 Erleben von Sicherheit und Vorteilen

Tendenziell erleben Angehörige und Pflegende ähnliche Aspekte der fbM als positiv. In den Studien sind fbM mehrheitlich akzeptiert, da sie als sicher und nützlich erachtet werden (Lai & Wong, 2008; Saarnio & Isola, 2009; Moore & Haralambous, 2007). Die Review von Haut et al. (2007) unterstützt die Aussagen der Einzelstudien. Die hohe Akzeptanz kann damit begründet werden, dass Familienmitglieder die Meinung vertreten, dass fbM den Betroffenen nicht schaden (Oearsakul et al., 2011). In Zwijsen

et al. (2011) sind Angehörige erleichtert über das Vorhandensein von fbM. Zudem kann festgestellt werden, dass vorwiegend elektronische fbM nicht als Freiheitsbeschränkung wahrgenommen werden.

Thailändische Angehörige in Oearsakul et al. (2011) haben eine vorwiegend positive Einstellung. Die Forschenden dieser Studie weisen darauf hin, dass diese Haltung nicht kongruent mit Daten aus früheren Studien ist. Dabei können kulturelle Einflüsse eine entscheidende Rolle einnehmen. Ein ähnliches Problem zeigt sich bei Lai und Wong (2008). In der Studie wird beschrieben, dass chinesische Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige der Pflege viel Respekt entgegenbringen. Dies könnte ein Grund sein, weshalb sich Familienmitglieder selten in die Entscheidungsfindung einbringen und die Handlungen der Pflegenden akzeptieren (Lai & Wong, 2008). Die australische Studie von Moore und Haralambous (2007) führt auf, dass die Reputation der Ärzteschaft ebenfalls einen massgeblichen Einfluss auf das Verhalten der Angehörigen hat. Die Familien vertrauen auf die Verordnung der Ärztin oder des Arztes, was eine kritische Betrachtung und Diskussion der fbM erschwert. Die Übertragbarkeit der Daten aus anderen Kulturkreisen ist erschwert, obwohl Möhler und Meyer (2014) in ihrer systematischen Review keine kulturbezogenen Differenzen feststellen können. In der vorliegenden Monografie sind die Ergebnisse der zwei asiatischen Studien mit den restlichen Daten kongruent.

Grundsätzlich zeigen die übereinstimmenden Ergebnisse, dass Angehörige fbM akzeptieren, falls diese zum Schutz dienen. Das Erleben Pflegender und Angehöriger stimmt in diesem Fall überein.

5.2.2 Erleben von negativen Gefühlen

Familienmitglieder erleben wie Pflegefachpersonen bei der Anwendung von fbM negative Emotionen. In den Interviews kommen folgende Gefühle zur Sprache: Wut, Ärger, Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit, Unbehagen, Angst sowie Schuldgefühle (Haut et al., 2007; Saarnio & Isola, 2009; Lai & Wong, 2008). Eine mögliche Begründung dieser Emotionen ist, dass Angehörige in Haut et al. (2007) fbM als entwürdigend für die Betroffenen empfinden. Zudem erleben die Befragten Unsicherheit bezüglich der Gründe für die Anwendung von fbM, dies wiederum kann zu Unverständnis führen (Haut et al., 2007; Saarnio & Isola, 2009; Lai & Wong, 2008). In Lai und Wong (2008) beantworten 84% der Beteiligten die Frage nach der Haltung mit „no comment“. Dies könnte dadurch begründet sein, da nur drei Items („like“, „no comment“, „dislike“) zur Auswahl standen. Die Autorinnen gehen davon aus, dass Angehörige Mühe haben, fbM als vollständig positiv oder negativ zu werten. Eine bedeutende Schwäche der

Studie von Lai und Wong (2008) sind die geschlossenen Fragen. Die Antwortkategorien beeinflussen die Aussagen und gewisse Haltungen werden nicht erfasst. Dadurch wird das Erleben nicht authentisch wiedergegeben. Eine Stärke hingegen ist, dass der verwendete Fragebogen ausreichend getestet wurde und eine Interrater-Reliabilität von nahezu 95% aufweist.

Bei den Angehörigen gibt nur die Studie von Saarnio und Isola (2009) den Umgang mit ablehnenden Gefühlen wieder. Die Akzeptanz der bestehenden Situation hilft Familienmitgliedern, mit negativen Aspekten umzugehen. Aufgrund begrenzter Daten in Bezug auf die Coping-Strategien vermuten die Autorinnen, dass Angehörige diesbezüglich selten ein Gespräch mit Pflegenden führen, obwohl dies ein wichtiger Aspekt darstellt. Erfasste Strategien können später weiterempfohlen werden.

Haut et al. (2009) und Lai und Wong (2008) untersuchen, ob ein Zusammenhang zwischen der Haltung gegenüber fbM sowie der Anzahl Besuche pro Woche besteht. Lai und Wong (2008) stellen keinen signifikanten Zusammenhang fest. Haut et al. (2009) hingegen berechneten, dass Angehörige, welche maximal einmal pro Woche zu Besuch kommen eine signifikant positivere Haltung haben als Personen, welche häufiger zu Besuch sind. Die Autorinnen nehmen an, dass weniger Besuche dazu führen, dass Familienmitglieder seltener mit negativen Aspekten von fbM konfrontiert sind. In Lai und Wong (2008) wurde ein „Convenience Sampling“ durchgeführt und das ausgewählte Sample ungenügend beschrieben. Diese beiden Aspekte vermindern die Generalisierbarkeit. In Haut et al. (2009) wurde ebenfalls ein „Convenience Sampling“ verwendet, weshalb in Bezug auf die Angehörigen ein „Self-Selection-Bias“ nicht ausgeschlossen werden kann. Es könnte sein, dass sich nur Familienmitglieder beteiligt haben, die besonders am Forschungsthema interessiert sind. Der verwendete MAQ weist eine hohe interne Konsistenz und ein befriedigendes Cronbachs-Alpha auf. Bei der Berechnung des Zusammenhangs wurde jedoch auf eine Alpha-Fehler-Korrektur verzichtet. Deshalb müssen die Resultate mit Vorsicht interpretiert werden. Die Autorinnen können nicht bestimmen, welcher Studie mehr Wahrheitswert zugesprochen werden kann, da qualitative (Lai & Wong, 2008) und quantitative (Haut et al., 2009) Daten nicht vergleichbar sind.

Unbehagen, Angst und Schuldgefühle erleben sowohl Pflegende als auch Angehörige. Ergänzend treten bei Familienmitgliedern Wut, Ärger, Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit auf. Der Unterschied zwischen Pflegenden und Angehörigen könnte aufgrund der verschiedenen Rollen und Kenntnisse bedingt sein. Zum Umgang mit negativen Gefühlen kann bei den Angehörigen keine gesicherte Aussage gemacht werden, da nur eine Studie darüber Auskunft gibt.

5.2.3 Fehlen von Alternativen

Wie bei Pflegenden wird auch bei Angehörigen das Thema der Alternativen diskutiert. In Lai und Wong (2008) gibt über die Hälfte der Befragten an, dass es keine anderen Möglichkeiten als fbM gebe. Weitere 36% haben noch nie über diese Frage nachgedacht. Moore und Haralambous (2007) stützen diese Aussagen und Zwijsen et al. (2011) führen bestätigend auf, dass Angehörige Alternativen nicht als notwendig erachten, da sie fbM unter anderem positiv erleben. In zwei Studien erwähnen Angehörige jedoch, dass Alternativen bestehen. In Lai und Wong (2008) kennen 12% der Befragten Alternativen. Diese werden allerdings nicht konkret aufgeführt. In Saarnio und Isola (2009) wird die Präsenz von Pflegefachpersonen und das Anbieten von Ablenkungsmethoden als hilfreich beschrieben. Dementsprechend sind Angehörige der Meinung, dass mehr Personal die Anwendung von fbM reduzieren kann. Falls es zu einer Anwendung von fbM kommt, bevorzugen Angehörige physische vor medikamentösen Massnahmen (Saarnio & Isola 2009).

Im theoretischen Bezugsrahmen wird beschrieben, dass Familienangehörige seit der Einführung des neuen Kindes- und Erwachsenenschutzrechts eine aktivere Rolle bei der Vertretung von urteilsunfähigen Personen einnehmen. Dabei wird vorausgesetzt, dass sie vom Fachpersonal über Interventionen und ihre Alternativen umfassend aufgeklärt werden, damit eine informierte Entscheidung möglich ist. Lai und Wong (2008) betonen ebenfalls die Wichtigkeit von Familienedukation. Die Autorinnen bejahen dies, da Angehörige in der Schweiz durch ihre neue Rolle überfordert sein könnten. Saarnio und Isola (2009) stellen fest, dass Angehörige aktiv bei der Anwendung von fbM mithelfen. Einerseits lässt sich daraus interpretieren, dass Familienmitglieder um die Sicherheit der Betroffenen besorgt sind (Saarnio & Isola, 2009). Andererseits vermuten die Autorinnen, dass Angehörige das Bedürfnis haben, in die Therapie miteinbezogen zu werden.

Verglichen mit Pflegenden kennen auch Angehörige wenige Alternativen. Jedoch zeigen sie im Gegensatz zu Pflegefachpersonen eine positive Einstellung bezüglich alternativer Möglichkeiten.

5.2.4 Erleben der Beziehung zum Pflegepersonal

In zwei Studien (O'Brien & Cole, 2004; Lai & Wong, 2008) erleben Angehörige die Beziehung zum Pflegepersonal als distanziert. Dies zeigt sich vor allem in der Kommunikation. Achtundvierzig Prozent der Angehörigen in Lai und Wong (2008) äussern, dass sie bei Problemen ihre Meinung dem Pflegepersonal mitteilen. Gleich viele Befragte zeigen eine gegenteilige Haltung. Nur vier von 25 Personen haben

effektiv das Gespräch mit Pflegenden gesucht. Keine der befragten Personen hat es jedoch gewagt, Unbehagen zu äussern. Dabei darf eine kulturelle Beeinflussung nicht ausgeschlossen werden. Die Familienmitglieder in O'Brien und Cole (2004) haben das Gefühl, zu wenig in das Geschehen miteinbezogen zu werden. Besonders wünschen sie sich ein Informationsgespräch. Dieser Aspekt wird auch im Kapitel 5.2.3 „Fehlen von Alternativen“ ersichtlich.

Abschliessend betonen die Autorinnen, dass Familienmitglieder sich in Situationen, in denen fbM angewendet werden, in einer Art Abhängigkeit befinden. Sie sind auf eine umfassende Aufklärung von Fachpersonen angewiesen. Die vorliegende Monografie soll Pflegende für das Erleben Angehöriger sensibilisieren, damit ein unterstützendes Gespräch möglich ist.

5.3 Vergleich des Erlebens Pflegender und Angehöriger

Drei Studien vergleichen Pflegende und Angehörige in Bezug auf ihre Haltung zu fbM. In Haut et al. (2009) haben Familienmitglieder die Angemessenheit signifikant höher bewertet als Pflegende, zudem zeigen sie eine signifikant positivere Einstellung gegenüber fbM. Allgemein empfinden Pflegende und Angehörige fbM als einschränkend und unangenehm. Trotzdem führen Haut et al. (2009) einen signifikanten p-Wert zum Unterschied der beiden Gruppen auf. Dabei muss beachtet werden, dass statistische Signifikanz nicht zwingend klinische Relevanz bedeutet. Die absoluten Zahlen von Haut et al. (2009) liegen nahe beieinander. Somit unterscheiden sich die Ansichten von Pflegenden und Angehörigen nur schwach. Übereinstimmend erachten beide Gruppen die Hand- und Fussgelenksfixierung als am stärksten einschränkend und unangenehm. Klingelmatten, Infrarot-Systeme und einseitige Bettgitter hingegen werden als mildere Massnahmen beurteilt. Diese Resultate zeigen, dass fbM welche näher am Körper sind, negativer bewertet werden. Dies stimmt mit den Aussagen von Zwijsen et al. (2011) und Jarrett et al. (2008) überein, dass körpernahe fbM bei Pflegenden eher ethische Konflikte auslösen. Bei elektronischen Geräten sieht man die Einschränkung nicht auf den ersten Blick, was zu einer positiveren Einschätzung führt (Zwijsen et al., 2011). Die Studie von Haut et al. (2009) untersucht mehrere fbM, was Vergleiche ermöglicht. Der quantitative Ansatz ist jedoch nur teilweise geeignet und ein qualitatives Design hätte vermehrt unbekannte Aspekte hervorgebracht. Oearsakul et al. (2011) haben ebenfalls festgestellt, dass Angehörige eine signifikant positivere Haltung in Bezug auf fbM haben als Pflegende. Jedoch liegen auch in dieser Untersuchung die Mean-Werte nahe beieinander. Allgemein

muss erwähnt werden, dass die Haltung durch quantitative Forschungsdesigns nicht umfassend erfragt werden kann.

Die mixed-methods Studie von Zwijsen et al. (2011) liefert qualitative Daten zum Vergleich von Pflegenden und Angehörigen. Eine tendenziell positive Haltung beider Gruppen kann festgestellt werden. Oftmals können sie die Abneigung von Schlüsselpersonen gegenüber fbM nicht nachvollziehen. Die Autorinnen vermuten, dass dies im Zusammenhang mit der unterschiedlichen Verantwortung steht. Schlüsselpersonen stehen häufig für Entscheidungen bezüglich fbM gerade. Folglich müssen sie sich kritischer mit der Thematik auseinandersetzen. Die positivere Haltung von Angehörigen gegenüber fbM verglichen mit Pflegenden kann laut den Autorinnen dadurch begründet werden, dass sie über weniger Wissen zu fbM verfügen. Somit wird ein kritisches Hinterfragen erschwert. Zudem können auch kulturelle Aspekte, wie zum Beispiel bei Oearsakul et al. (2011), einen relevanten Einfluss auf die Resultate haben.

Abschliessend zeigt sich, dass signifikante Unterschiede zwischen Pflegenden und Angehörigen bestehen. Tendenziell haben Angehörige im Vergleich zu Pflegenden eine positivere Haltung gegenüber fbM. Trotzdem erleben beide Gruppen die Anwendung von fbM ähnlich. Dieser Aspekt zeigt sich ebenfalls in der durch die Autorinnen vorgenommenen Kategorisierung, da es zwischen Pflegenden und Angehörigen Übereinstimmungen gibt.

5.4 Beantwortung der Fragestellungen

In Tabelle 21 werden folgende zwei Fragestellungen beantwortet:

Wie erleben Pflegefachpersonen die Anwendung von physischen und medikamentösen freiheitsbeschränkenden Massnahmen?

Wie erleben erwachsene Angehörige die Anwendung von physischen und medikamentösen freiheitsbeschränkenden Massnahmen?

Diese Zusammenfassung des Erlebens Pfleger und Angehöriger soll die Übertragung der Ergebnisse in die Praxis erleichtern. Bei der Betrachtung der Resultate können die Autorinnen keine settingspezifischen Differenzen erkennen.

Tabelle 21: Erleben Angehöriger und Pfleger bei der Anwendung von fbM. Das Literaturverzeichnis der Tabelle befindet sich im Anhang Kapitel 10.2

	Erleben von Sicherheit und Vorteilen	Erleben von negativen Gefühlen	Umgang mit negativen Gefühlen	Fehlen von Alternativen	Pflegekultur Beziehung zur Pflege	Erleben von ethischen Dilemmata
Pflegende	<p>Sicherheit und Prävention von Verletzungen 1, 2, 6, 12, 14</p> <p>Therapeutische Vorteile 1, 6, 9, 12, 13</p> <p>Angemessenheit 1, 6, 7, 10</p> <p>Selbstschutz 1, 2, 6, 11</p>	<p>Angst, Furcht 6, 8, 11</p> <p>Schuldgefühle 6, 8, 9, 13</p> <p>Unbehagen 6, 8, 9</p> <p>Enttäuschung 13</p> <p>Frustration, Trauer, Mitleid 6</p> <p>Eingriff in Privatsphäre durch fbM 14</p>	<p>Unterdrückung negativer Gefühle 1, 8, 11</p> <p>Gespräche im Team 6</p>	<p>Keine Alternativen 4, 6, 11, 14</p> <p>Alternativen sind vorhanden jedoch kein Vertrauen in ihre Wirksamkeit 1, 7</p> <p>Anwendung von fbM als letzte Möglichkeit 8</p>	<p>Kultur erlaubt kritisches Hinterfragen von fbM nicht 1, 9, 13</p> <p>Das Management wird als wenig unterstützend erlebt, dies zeigt sich in fehlenden Richtlinien 1, 6, 7, 9, 13</p>	<p>Alle Prinzipien können konkurrieren. Am häufigsten ist der Konflikt zwischen Schutz/Sicherheit und Autonomie 1, 2, 6, 8, 11</p> <p>Körpernahe und medikamentöse fbM führen vermehrt zu ethischen Konflikten 4, 14</p>
Angehörige	<p>Sicherheit und Nützlichkeit 2, 5, 7, 12, 14</p> <p>FbM werden weder als Verletzung persönlicher Rechte noch als demütigend bewertet 10</p>	<p>Angst, Unbehagen 5, 12</p> <p>Schuldgefühle, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit 2</p> <p>Wut 2, 12</p> <p>FbM werden als entwürdigend erlebt 2</p> <p>Unverständnis, Unsicherheit bezüglich der Gründe von fbM 2, 12</p>	<p>Akzeptanz der bestehenden Situation 12</p>	<p>Keine Alternativen 5, 7, 14</p> <p>Mögliche Alternativen werden erwähnt 5, 12</p> <p>Physische werden den medikamentösen fbM vorgezogen 12</p>	<p>Pflegende wirken distanziert 9</p> <p>Probleme werden selten mit Pflegenden besprochen 5</p> <p>Fühlen sich zu wenig miteinbezogen 9</p> <p>Mangelnde Informationen zu fbM 7, 12</p>	<p>Keine Angaben</p>

Die Autorinnen stellten die Hypothese auf, dass Pflegefachpersonen bei der Anwendung von fbM negative Gefühle und ethische Dilemmata erleben. Dies kann einerseits bejaht werden, andererseits wird in der Monografie deutlich, dass das Erleben Pflegender wesentlich mehr Aspekte umfasst. Die Vermutung, dass Angehörige aufgrund der Unwissenheit bezüglich der Interventionen Überforderung und Unsicherheit erleben, kann teilweise bestätigt werden. Angehörige äussern nicht direkt Überforderung, empfinden jedoch Unsicherheit und wünschen sich mehr Informationen. Das Wahrnehmen von negativen Gefühlen wird bestätigt, hingegen ist das Erleben wesentlich vielfältiger als die Autorinnen vermutet haben.

Abschliessend werden die Resultate von Angehörigen und Pflegenden verglichen. Bereits bei der Betrachtung der gebildeten Kategorien zeigt sich, dass Pflegende und Angehörige ähnliche Gefühle erleben. Haut et al. (2009) und Oearsakul et al. (2011) berechneten, dass Angehörige bezüglich fbM eine signifikant positivere Haltung haben als Pflegende. Die absoluten Zahlen unterscheiden sich jedoch nur schwach, was auf einen lediglich geringen Unterschied zwischen den Gruppen hinweist. Angehörige und Pflegende erleben fbM generell als einschränkender und unangenehmer je näher sie am Körper der Betroffenen sind (Haut et al., 2009).

5.5 Stärken und Schwächen der Monografie

Die behandelte Thematik weist eine hohe Pflegerelevanz auf und ist der Praxis dienlich. Dies wird verstärkt, da in den Schlussfolgerungen genaue Angaben zur Nutzung der Ergebnisse gemacht werden. Eine systematische Recherche auf fünf Datenbanken erfolgte intermittierend während sechs Monaten. Die Studiensuche und -selektion erfolgten durch zwei unabhängige Personen. Die Autorinnen beobachteten, dass verschiedene Suchstrategien auf unterschiedlichen Datenbanken dieselben Forschungsarbeiten hervorbrachten. Daraus lässt sich folgern, dass eine Sättigung erreicht ist. Die Ergebnisse und die Diskussion betrachtend, zeigen sich konsistente Resultate. Bei Pflegenden und Angehörigen ergeben sich ähnliche Kategorien, was einen Vergleich erleichtert. Zusammenfassend sind die formulierten Ziele der Autorinnen erreicht.

Die Monografie untersucht zwei Personengruppen in drei unterschiedlichen Settings. Einerseits werden dadurch mehrere Perspektiven aufgezeigt, andererseits können die Autorinnen die Vergleichbarkeit nicht garantieren. Durch den Einbezug medikamentöser fbM wird ein wenig erforschtes Gebiet aufgedeckt. Dieser Aspekt konnte aufgrund unzureichender Daten nur unbefriedigend bearbeitet werden. In den meisten Studien und Reviews wurde das „Convenience und Purposive Sampling“

angewendet, dies verursacht ein Bias. Aufgrund des qualitativen Designs und der Fragestellungen ist eine andere Methode jedoch selten möglich. Eine besondere Schwäche stellt der Einbezug von drei Reviews dar, bei denen der systematische Ansatz nicht nachgewiesen werden kann. Weiter wird eine narrative Review einbezogen, da sie Aussagen zu medikamentösen fbM macht. Grundsätzlich weist die Mehrheit der inkludierten Arbeiten eine eher tiefe Qualität auf. Weitere Schwächen dieser Arbeit liegen darin, dass zwei Studien und zwei Reviews ein mixed-methods Design anwenden. Zudem werden zwei quantitative Studien in die Monografie einbezogen, obwohl sich die Autorinnen bewusst sind, dass sich qualitative und quantitative Daten nicht vergleichen lassen. Weiter stammen zwei Studien aus dem asiatischen Raum. Die Kultur kann das Erleben beeinflussen, somit ist die Übertragbarkeit dieser Daten nicht gewährleistet. Alle diese Aspekte vermindern die Glaubwürdigkeit und Aussagekraft der Monografie.

6 SCHLUSSFOLGERUNG

6.1 Empfehlungen für die Praxis

In der vorliegenden Monografie wird deutlich, dass Alternativen von fbM eine wichtige Thematik darstellen und bei Pflegenden sowie Angehörigen zur Sprache kommen. Die Autorinnen empfehlen, dass Pflegefachpersonen über vorhandene Alternativen informiert werden. Eine Idee zur Implementierung und regelmässigen Anwendung von alternativen Möglichkeiten ist eine Expertin oder ein Experte zur Unterstützung des Pflegeteams herbeizuziehen. Die Autorinnen sind sich bewusst, dass fbM nicht in kurzer Zeit reduziert werden können. Deshalb erachten sie es als wichtig, dass der Prozess zur Anwendung von fbM evidenzbasiert erfolgt. Dies kann durch praxisnahe Richtlinien, Qualitätsstandards und ein Entscheidungsmodell gewährleistet werden. Voraussetzungen dafür sind, dass das Management notwendige Mittel zur Verfügung stellt und Neuerungen unterstützt. Im beschriebenen Prozess ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit unabdingbar, damit Unsicherheiten bezüglich fbM und ihren Alternativen vermindert werden können.

Falls es zur Anwendung einer fbM kommt, ist eine regelmässige schriftliche Evaluation nötig, um routinemässiges Handeln zu vermeiden. Zudem ist eine strukturierte Nachbesprechung mit allen Beteiligten empfohlen. Voraussetzung ist unter anderem eine offene Teamkultur, welche kritisches Hinterfragen erlaubt. Damit kein circulus vitiosus entsteht, sollen Pflegende die Möglichkeit haben, offen über ihre Gefühle zu sprechen. Dies ist beispielsweise in Form einer kurzen Feedbackrunde am Ende der Schicht möglich. Bei Angehörigen ist es besonders wichtig, Gespräche anzubieten. In

diesen können Angehörige über die Vor- und Nachteile von fbM und Alternativen informiert werden und es besteht die Möglichkeit, Unklarheiten zu beseitigen. Ziel ist es, Angehörigen eine informierte Entscheidung zu ermöglichen. Gespräche zwischen Pflegenden und Angehörigen bieten weiter die Chance, Gefühle anzusprechen und Angehörigen mögliche Coping-Strategien aufzuzeigen. Der Wunsch Angehöriger vermehrt in pflegerische Interventionen miteinbezogen zu werden, sollte respektiert werden, da dies eine mögliche Coping-Strategie darstellt.

6.2 Forschungsbedarf

Die Autorinnen erachten es als notwendig, weitere Evidenzen zur präventiven und therapeutischen Wirkung von fbM zu gewinnen. Die vorliegenden Ergebnisse machen deutlich, dass Sicherheit und Schutz fbM oft legitimieren. Die Wirksamkeit von fbM als Prävention ist nicht bewiesen und aufgrund des negativen Erlebens in Frage gestellt. In der Literatur werden viele Alternativen zu fbM aufgeführt, welche in der Praxis aufgrund von Unsicherheiten spärlich angewendet werden. Deshalb ist das Erfassen der Wirksamkeit von alternativen Möglichkeiten relevant, damit das Vertrauen in diese gestärkt wird. Die personellen Ressourcen sind ein weiterer Aspekt, welcher mit der Anwendung von fbM einhergeht. Es ist unklar, ob mehr Personal die Reduktion von fbM begünstigt. In Anbetracht des Pflegemangels in der Schweiz sehen die Autorinnen darin einen wichtigen Forschungsbedarf. Aufgrund unzureichender Daten konnte das Erleben bei der Anwendung von medikamentösen fbM in dieser Arbeit nur unbefriedigend erfasst werden. Dieses kaum behandelte Gebiet bedarf weiterer Forschung, da die Prävalenz der Zwangsmedikation hoch ist und Pflegende sowie Angehörige deren Anwendung als ethisch herausfordernd erleben. Diese Arbeit erfasst das Erleben von Pflegenden und Angehörigen. Weiterführend wäre sinnvoll zu wissen, welche Unterstützung Pflegende sowie Angehörige im Umgang mit fbM wünschen. Die aufgeführten Empfehlungen für die Praxis müssen auf ihre Evidenz geprüft werden.

7 LITERATURVERZEICHNIS

- Altenthan, S., Betscher-Ott, S., Gotthardt, W., Hobmair, H., Hählein, R., Ott, W., . . .
Schneider, K.-H. (2008). *Psychologie*. Troisdorf, Deutschland: Bildungsverlag
EINS.
- Bigwood, S., & Crowe, M. (2008). 'It's part of the job, but it spoils the job': A
phenomenological study of physical restraint. *International Journal of Mental
Health Nursing*, S. 215-222.
- Bobbert, M. (2011). Entscheidungen Pflegender zwischen Expertise,
Patientenselbstbestimmung und Fürsorge. In S. Monteverde (Hrsg.), *Handbuch
Pflegeethik. Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege*. (S.
58-73). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bürger, C. (2012). Medikamentöse Freiheitsbeschränkungen in Pflegeheimen und
Krankenanstalten. *Pflegewissenschaft*, S. 604-619.
- Die Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft. (2014).
*Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft: Artikel 10, Absatz
2*. Abgerufen am 17. Mai 2014 von [http://www.admin.ch/opc/de/classified-
compilation/19995395/index.html#a8](http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19995395/index.html#a8)
- Die Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft. (2014).
Schweizerisches Zivilgesetzbuch: Artikel 16 d. Abgerufen am 17. Mai 2014 von
<http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19070042/index.html#a80>
- Die Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft. (2014).
Schweizerisches Zivilgesetzbuch: Artikel 19, 3.a., Absatz 1. Abgerufen am 17.
Mai 2014 von [http://www.admin.ch/opc/de/classified-
compilation/19070042/index.html#a80](http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19070042/index.html#a80)
- Die Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft. (2014).
Schweizerisches Zivilgesetzbuch: Artikel 370, A., Absatz 1. Abgerufen am 17.
Mai 2014 von [http://www.admin.ch/opc/de/classified-
compilation/19070042/index.html#a80](http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19070042/index.html#a80)
- Die Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft. (2014).
Schweizerisches Zivilgesetzbuch: Artikel 370, A., Absatz 2. Abgerufen am 17.
Mai 2014 von [http://www.admin.ch/opc/de/classified-
compilation/19070042/index.html#a80](http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19070042/index.html#a80)

Die Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft. (2014).

Schweizerisches Zivilgesetzbuch: Artikel 370, A., Absatz 3. Abgerufen am 17. Mai 2014 von <http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19070042/index.html#a80>

Die Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft. (2014).

Schweizerisches Zivilgesetzbuch: Artikel 377, A., Absatz 2. Abgerufen am 17. Mai 2014 von <http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19070042/index.html#a80>

Die Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft. (2014).

Schweizerisches Zivilgesetzbuch: Artikel 378, B., Absatz 1. Abgerufen am 17. Mai 2014 von <http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19070042/index.html#a80>

Die Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft. (2014).

Schweizerisches Zivilgesetzbuch: Artikel 378, B., Absatz 2. Abgerufen am 17. Mai 2014 von <http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19070042/index.html#a80>

Die Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft. (2014).

Schweizerisches Zivilgesetzbuch: Artikel 378, B., Absatz 3. Abgerufen am 17. Mai 2014 von <http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19070042/index.html#a80>

Die Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft. (2014).

Schweizerisches Zivilgesetzbuch: Artikel 383, B., I., Absatz 1. Abgerufen am 17. Mai 2014 von <http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19070042/index.html#a80>

Die Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft. (2014).

Schweizerisches Zivilgesetzbuch: Artikel 383, B., I., Absatz 2. Abgerufen am 17. Mai 2014 von <http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19070042/index.html#a80>

Die Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft. (2014).

Schweizerisches Zivilgesetzbuch: Artikel 383, B., I., Absatz 3. Abgerufen am 2014. Mai 2014 von <http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19070042/index.html#a80>

- Die Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft. (2014).
Schweizerisches Zivilgesetzbuch: Artikel 384, II., Absatz 1. Abgerufen am 2014.
 Mai 2014 von <http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19070042/index.html#a80>
- Die Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft. (2014).
Schweizerisches Zivilgesetzbuch: Artikel 384, II., Absatz 2. Abgerufen am 17.
 Mai 2014 von <http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19070042/index.html#a80>
- Ermiler, A., & Schmitt-Mannhart, R. (2011). *Freiheit und Sicherheit. Richtlinien zum Umgang mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen.* Bern: Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie SGG SSG.
- European Court of Human Rights. (2010). *European Convention on Human Rights: Artikel 8.1.* Abgerufen am 30. Juli 2014 von
http://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ENG.pdf
- Feng, Z., Hirdes, J., Smith, T., Finne-Soveri, H., Chi, I., Du Pasquier, J.-N., . . . Mor, V. (2009). Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, S. 1110-1118.
- Fölsch, D. (2012). *Ethik in der Pflegepraxis. Anwendung moralischer Prinzipien auf den Pflegealltag.* Österreich: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Hantikainen, V., & Käppeli, S. (2000). Using restraint with nursing home residents: a qualitative study of nursing staff perception and decision-making. *Journal of Advanced Nursing*, S. 1196-1205.
- Happell, B., & Harrow, A. (2010). Nurses' attitudes to the use of seclusion: A review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, S. 162-168.
- Haut, A., Böther, N., Franke, N., & Hartmann, H. (2007). Freiheitseinschränkende Massnahmen in der geriatrischen Pflege: Haltungen Pflegendender, Betroffener und Familienangehöriger. *Pflegezeitschrift*, S. 206-209.
- Haut, A., Kolbe, N., Strupeit, S., Mayer, H., & Meyer, G. (2009). Attitudes of relatives of nursing home residents toward physical restraints. *Journal of Nursing Scholarship*, S. 448-456.
- Hofer, B., & Hofmann, H. (2010). Er soll sich nicht alle Knochen brechen. *Krankenpflege*, S. 18- 21.

- Jarrett, M., Bowers, L., & Simpson, A. (2008). Coerced medication in psychiatric inpatient care: literature review. *JAN Review Paper*, S. 538-548.
- Lai, C. K., & Wong, I. Y. (2008). Families' perspectives on the use of physical restraints. *Contemporary Nurse*, S. 177-184.
- Lay, R. (2012). *Ethik in der Pflege. Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Möhler, R., & Meyer, G. (2014). Attitudes of nurses towards the use of physical restraints in geriatric care: A systematic review of qualitative and quantitative studies. *International Journal of Nursing Studies*, S. 274-288.
- Moore, K., & Haralambous, B. (2007). Barriers to reducing the use of restraints in residential elder care facilities. *JAN original research*, S. 532-540.
- Moran, A., Cocoman, A., Scott, P., Matthews, A., Staniuliene, V., & Valimaki, M. (2009). Restraint and seclusion: A distressing treatment option? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, S. 599-605.
- Morse, J. (2001). Toward a praxis theory of suffering. *Advances in Nursing Science*, S. 47-59.
- O'Brien, L., & Cole, R. (2004). Mental health nursing practice in acute psychiatric close-observation areas. *International Journal of Mental Health Nursing*, S. 89-99.
- Oearsakul, B., Sirapo-ngam, Y., Strumpf, N., & Malathum, P. (2011). Physical Restraint Use among Hospitalized Elderly Thais. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 2, S. 125-136.
- Office of the High Commissioner for Human Rights. (1948). *United Nations Human Rights: Artikel 3*. Abgerufen am 30. Mai 2014 von <http://www.ohchr.org/en/udhr/pages/Language.aspx?LangID=ger>
- Perkins, E., Prosser, H., Riley, D., & Whittington, R. (2012). Physical restraint in a therapeutic setting; a necessary evil? *International Journal of Law and Psychiatry*, S. 43-49.
- Saarnio, R., & Isola, A. (2009). Use of Physical Restraint in Institutional Elderly Care in Finland. Perspectives of Patients and Their Family Members. *Research in Gerontological Nursing*, S. 276-286.
- SAMW. (2005). *Zwangsmassnahmen in der Medizin. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW*. (SAMW, Hrsg.) Muttenz: Schwabe.

- SAMW. (2008). *Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag Ein Leitfaden für die Praxis*. Basel: SAMW.
- SBK. (2003). *Ethik in der Pflegepraxis*. Bern: SBK.
- SBK. (2013). *Ethik und Pflegepraxis*. SBK.
- Schuler, P., & Steffen, C. (2010). Handhabung von freiheitsbeschränkenden Massnahmen auf der Intensivstation. Bern: Berner Fachhochschule Gesundheit.
- Steinert, T., Lepping, P., Bernhardsgrütter, R., Conca, A., Hatling, T., Janssen, W., . . . Shittington, R. (2010). Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, S. 889-897.
- Trost, B. (2007). Ethische Probleme der Pflegenden im Altenpflegeheim. Nachdenkliches zur Psychopharmakaverordnung aus Sicht eines Heimleitenden. *Ethik in der Medizin*, 19, S. 281-288.
- Van der Arend, A. J. (1998). *Pflegeethik*. Wiesbaden: Ullstein Medical Verlagsgesellschaft mbH & Co.
- Van der Merwe, M., Muir-Cochrane, E., Jones, J., Tziggili, M., & Bowers, L. (2013). Improving seclusion practice: implications of a review of staff and patient views. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, S. 203-215.
- Van Schayck, A. (2000). *Ethisch handeln und entscheiden. Spielräume von Pflegenden und die Selbstbestimmung des Patienten*. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.
- Walther, G. (2007). Freiheitsentziehende Massnahmen in Altenpflegeheimen- rechtliche Grundlagen und Alternativen der Pflege. *Ethik in der Medizin*, S. 289-300.
- Zwijssen, S., Depla, M., Niemeijer, A., Francke, A., & Hertogh, C. (2011). The concept of restraint in nursing home practice: a mixed-method study in nursing homes for people with dementia. *International Psychogeriatrics*, S. 826-834.

8 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Prävalenz von fbM in der Psychiatrie (Steinert et al., 2010).	10
Tabelle 2: Die ethischen Prinzipien (SBK, 2003).	12
Tabelle 3: Entscheidungsmodell des SBK (SBK, 2013).	14
Tabelle 4: Suchstrategie.....	19
Tabelle 5: Übersichtstabelle Happell und Harrow (2010).....	22
Tabelle 6: Übersichtstabelle Haut et al. (2007).....	23
Tabelle 7: Übersichtstabelle Haut et al. (2009).....	24
Tabelle 8: Übersichtstabelle Jarrett et al. (2008)	25
Tabelle 9: Übersichtstabelle Lai und Wong (2008)	26
Tabelle 10: Übersichtstabelle Möhler und Meyer (2014).....	27
Tabelle 11: Übersichtstabelle Moore und Haralambous (2007)	28
Tabelle 12: Übersichtstabelle Moran et al. (2009)	29
Tabelle 13: Übersichtstabelle O'Brien und Cole (2004)	30
Tabelle 14: Übersichtstabelle Oearsakul et al. (2011)	31
Tabelle 15: Übersichtstabelle Perkins et al. (2011).....	32
Tabelle 16: Übersichtstabelle Saarnio und Isola (2009).....	33
Tabelle 17: Übersichtstabelle Van der Merwe et al. (2013).....	34
Tabelle 18: Übersichtstabelle Zwijsen et al. (2011)	35
Tabelle 19: Zusammenhang zwischen Haltung, Einschränkung oder Unannehmlichkeit und Anzahl Besuche. Werte sind als Mean±SD angegeben (Haut et al., 2009).....	45
Tabelle 20: Einschätzung verschiedener fbM bezüglich Einschränkung und Unannehmlichkeit. Werte sind als Mean ± SD angegeben (Haut et al., 2009).....	48
Tabelle 21: Erleben Angehöriger und Pflegender bei der Anwendung von fbM. Das Literaturverzeichnis der Tabelle befindet sich im Anhang Kapitel 10.2	64

9 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Bzgl.	Bezüglich
Ca.	Circa
FbM	Freiheitsbeschränkende Massnahmen
Jg.	Jahrgang
MAQ	Maastricht Attitude Questionnaire
Min.	Minuten
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
SBK	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
SD	Standardabweichung
TCMT	Thai Chula Mental Test
ZGB	Zivilgesetzbuch

10 ANHANG

10.1 Kaskade der vertretungsberechtigten Personen

Falls bei eintretender Urteilsunfähigkeit keine vertretungsberechtigte Person bestimmt ist, regelt eine im Erwachsenenschutzrecht des Zivilgesetzbuches (Artikel 378, B., Absatz 1) festgelegte Kaskade, wer die gesetzliche Vertretung übernimmt:

Die folgenden Personen sind der Reihe nach berechtigt, die urteilsunfähige Person zu vertreten und den vorgesehenen ambulanten oder stationären Massnahmen die Zustimmung zu erteilen oder zu verweigern:

1. die in einer Patientenverfügung oder in einem Vorsorgeauftrag bezeichnete Person;
2. der Beistand oder die Beiständin mit einem Vertretungsrecht bei medizinischen Massnahmen;
3. wer als Ehegatte, eingetragene Partnerin oder eingetragener Partner einen gemeinsamen Haushalt mit der urteilsfähigen Person führt oder ihr regelmässig persönlichen Beistand leistet;
4. die Person, die mit der urteilsunfähigen Person einen gemeinsamen Haushalt führt und ihr regelmässig und persönlich Beistand leistet;
5. die Nachkommen, wenn sie der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leisten;
6. die Eltern, wenn sie der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leisten;
7. die Geschwister, wenn sie der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leisten

(Die Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft, 2014).

10.2 Literaturverzeichnis zur Tabelle 21: Erleben Angehöriger und Pflegender bei der Anwendung von fbM

- 1 Happell, B., & Harrow, A. (2010). Nurses' attitudes to the use of seclusion: A review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, S. 162-168.
- 2 Haut, A., Böther, N., Franke, N., & Hartmann, H. (2007). Freiheitseinschränkende Massnahmen in der geriatrischen Pflege: Haltungen Pflegender, Betroffener und Familienangehöriger. *Pflegezeitschrift*, S. 206-209.
- 3 Haut, A., Kolbe, N., Strupeit, S., Mayer, H., & Meyer, G. (2009). Attitudes of relatives of nursing home residents toward physical restraints. *Journal of Nursing Scholarship*, S. 448-456.
- 4 Jarrett, M., Bowers, L., & Simpson, A. (2008). Coerced medication in psychiatric inpatient care: literature review. *JAN Review Paper*, S. 538-548.
- 5 Lai, C. K., & Wong, I. Y. (2008). Families' perspectives on the use of physical restraints. *Contemporary Nurse*, S. 177-184.
- 6 Möhler, R., & Meyer, G. (2014). Attitudes of nurses towards the use of physical restraints in geriatric care: A systematic review of qualitative and quantitative studies. *International Journal of Nursing Studies*, S. 274-288.
- 7 Moore, K., & Haralambous, B. (2007). Barriers to reducing the use of restraints in residential elder care facilities. *JAN original research*, S. 532-540.
- 8 Moran, A., Cocoman, A., Scott, P., Matthews, A., Staniuliene, V., & Valimaki, M. (2009). Restraint and seclusion: A distressing treatment option? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, S. 599-605.
- 9 O'Brien, L., & Cole, R. (2004). Mental health nursing practice in acute psychiatric close-observation areas. *International Journal of Mental Health Nursing*, S. 89-99.
- 10 Oearsakul, B., Sirapo-ngam, Y., Strumpf, N., & Malathum, P. (2011). Physical Restraint Use among Hospitalized Elderly Thais. *Pacific Ri Int J Nurs Res*, 2, S. 125-136.
- 11 Perkins, E., Prosser, H., Riley, D., & Whittington, R. (2012). Physical restraint in a therapeutic setting; a necessary evil? *International Journal of Law and Psychiatry*, S. 43-49.
- 12 Saarnio, R., & Isola, A. (2009). Use of Physical Restraint in Institutional Elderly Care in Finland. Perspectives of Patients and Their Family Members. *Research in Gerontological Nursing*, S. 276-286.

- 13 Van der Merwe, M., Muir-Cochrane, E., Jones, J., Tziggili, M., & Bowers, L. (2013). Improving seclusion practice: implications of a review of staff and patient views. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, S. 203-215.
- 14 Zwijsen, S., Depla, M., Niemeijer, A., Francke, A., & Hertogh, C. (2011). The concept of restraint in nursing home practice: a mixed-method study in nursing homes for people with dementia. *International Psychogeriatrics*, S. 826-834.

10.3 Selbstständigkeitserklärung



Selbständigkeitserklärung

Die Unterzeichnende/der Unterzeichnende erklärt hiermit an Eides statt,

- die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Anwendung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel verfasst zu haben;
- sämtliche Quellen, wörtlich oder sinngemäss übernommene Texte, Grafiken und/oder Gedanken ausnahmslos als solche kenntlich gemacht und sie gemäss dem „Leitfaden für schriftliche Arbeiten im Fachbereich Gesundheit“ zitiert zu haben;
- Arbeiten in gleicher oder ähnlicher Form oder in Teilen nicht schon an einer anderen Bildungsinstitution eingereicht zu haben.

Die Unterzeichnende/der Unterzeichnende ist sich bewusst, dass die Erstellung und Abgabe eines Plagiats ein schweres akademisches Fehlverhalten ist, das Sanktionen bis zum nachträglichen Entzug des erworbenen akademischen Titels nach sich zieht.

Titel der Arbeit Das Erleben Angehöriger und Pfleger bei der Anwendung von freiheitsbeschränkenden Massnahmen
Eine systematische Literaturarbeit

Name, Vorname Müller Mirjam

Matrikelnummer 11-644-820

Ort, Datum Bern, 31.7.2014

Unterschrift M. Müller



Selbständigkeitserklärung

Die Unterzeichnende/der Unterzeichnende erklärt hiermit an Eides statt,

- die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Anwendung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel verfasst zu haben;
- sämtliche Quellen, wörtlich oder sinngemäss übernommene Texte, Grafiken und/oder Gedanken ausnahmslos als solche kenntlich gemacht und sie gemäss dem „Leitfaden für schriftliche Arbeiten im Fachbereich Gesundheit“ zitiert zu haben;
- Arbeiten in gleicher oder ähnlicher Form oder in Teilen nicht schon an einer anderen Bildungsinstitution eingereicht zu haben.

Die Unterzeichnende/der Unterzeichnende ist sich bewusst, dass die Erstellung und Abgabe eines Plagiats ein schweres akademisches Fehlverhalten ist, das Sanktionen bis zum nachträglichen Entzug des erworbenen akademischen Titels nach sich zieht.

Das Erleben Angehöriger und Pflegenden bei der Anwendung von freiheitsbeschränkenden Massnahmen
Titel der Arbeit *Eine systematische Literaturarbeit*

Name, Vorname *Schudel Monique*

Matrikelnummer *11-644-846*

Ort, Datum *Bern, 31.7.2014*

Unterschrift *M. Schudel*