

Das Erleben Angehöriger und Pflegender bei der Anwendung von freiheitsbeschränkenden Massnahmen

Eine systematische Literaturlarbeit

Zusammenfassung der Bachelorthesis

Autorinnen: Mirjam Müller, Monique Regula Schudel

Referent: Prof. Markus Berner, Master of Advanced Studies (MAS) in Mental Health, BFH Bern

Berner Fachhochschule Fachbereich Gesundheit

Bachelor of Science Pflege, Vollzeitstudiengang 2011

Schweiz, Bern, Januar 2015

Einleitung

Die Bachelorthesis widmet sich der Thematik, wie Pflegende und Angehörige die Anwendung von freiheitsbeschränkenden Massnahmen (fbM) erleben. Die fbM gehören zu den Zwangsmassnahmen, welche gegen den erklärten oder mutmasslichen Willen der Betroffenen durchgeführt werden (SAMW, 2005). Bei fbM wird ausschliesslich die Bewegungsfreiheit eingegrenzt (SAMW, 2008). Beispiele dafür sind medikamentöse Interventionen, welche den Bewegungsdrang reduzieren oder die Fixation mit Gurten. Bei Zwangsbehandlungen, welche ebenfalls zu den Zwangsmassnahmen gehören, wird nicht nur die Bewegungsfreiheit beschränkt, sondern es findet ein Eingriff in die körperliche Integrität statt (SAMW, 2005).

Da fbM gegen den Willen der Betroffenen erfolgen, stellen sie 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 eine Prävalenzmessung zu physischen fbM in Altersheimen durch und kommen auf folgende Häufigkeiten: Schweiz 6.1%, USA 8.8%, Hong Kong 20.2%, Finnland 28.0% und Kanada 31.4%. Die Prävalenz wird möglicherweise dadurch beeinflusst, dass 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 ethischen 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 haben sie 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. 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).

Die zuvor 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?

Methode

Die Fragestellungen werden anhand einer systematischen Literaturrecherche beantwortet. Diese erfolgte auf fünf verschiedenen Datenbanken. Berücksichtigt wurden Studien und Reviews aus der Psychiatrie, Geriatrie, Rehabilitation und dem Akutspital. Forschungsarbeiten aus dem Setting der Intensiv- und Notfallpflege wurden ausgeschlossen, da fbM dort anders gehandhabt werden. Das Einbeziehen von Studien aus nicht westlichen Kulturkreisen muss sorgfältig überdacht werden, da die Übertragbarkeit nicht gewährleistet ist. Aus der Literaturrecherche resultierten 14 Forschungsarbeiten, welche anhand von Checklisten auf ihre Qualität geprüft wurden.

Ergebnisse und Diskussion

Die Ergebnisse der 14 Literaturarbeiten wurden in fünf Kategorien eingeteilt. Die ersten drei Gruppen sind für Pflegende und Angehörige identisch. In der vierten Kategorie bezieht sich die „Pflegekultur“ auf die Pflegenden und die „Beziehung zur Pflege“ auf die Angehörigen. Der Themenbereich „ethische Dilemmata“ betrifft nur Pflegende. Die Ergebnisse werden immer verknüpft mit einigen Diskussionspunkten dargestellt.

Erleben von Sicherheit und Vorteilen

Pflegende erleben die Anwendung von fbM als sicher, da sie erwarten, dass Stürze und Verletzungen verhindert werden können. Neben der Sicherheit der Betroffenen steht der Selbstschutz der Pflegenden im Vordergrund. Weiter werden fbM therapeutische Vorteile zugeschrieben, indem sie Störungen des Gemeinschaftslebens verhindern, Betroffene beruhigen und von Reizen abschirmen. Diese Aspekte zeigen, dass Pflegende die Anwendung von fbM als angemessen erleben (Haut, Böther, Franke, & Hartmann, 2007; Haut, Kolbe, Strupeit, Mayer, & Meyer, 2009; Moore & Haralambous, 2007; Moran et al., 2009; Oearsakul, Sirapo-ngam, Strumpf, & Malathum, 2011; Perkins, Prosser, Riley, & Whittington, 2012; Saarnio & Isola, 2009; Van der Merwe, Muir-Cochrane, Jones, Tziggili, & Bowers, 2013; Zwijsen, Depla, Niemeijer, Francke, & Hertogh, 2011).

Angehörige erleben fbM ebenfalls als nützlich und angemessen, da sie zur Sicherheit der Betroffenen beitragen (Haut et al., 2007; Lai & Wong, 2008; Moore & Haralambous, 2007; Saarnio & Isola, 2009; Zwijsen et al., 2011).

Die wissenschaftliche Evidenz kann jedoch nicht beweisen, dass fbM Verletzungen reduzieren (Möhler & Meyer, 2014). Deshalb muss dieser Aspekt kritisch hinterfragt werden.

Erleben von negativen Emotionen

In der Psychiatrie äussern Pflegende, dass sie bei der Anwendung von fbM Angst empfinden. Weiter erleben sie Schuld, Unbehagen, Furcht, Frustration, Trauer, Mitleid und Enttäuschung. Die am häufigsten genannte Coping-Strategie ist das Unterdrücken dieser negativen Gefühle (Happell & Harrow, 2010; Möhler & Meyer, 2014; Moran et al., 2009; O'Brien & Cole, 2004; Perkins et al., 2012; Van der Merwe et al., 2013; Zwijsen et al., 2011).

Pflegefachpersonen sind ängstlicher, falls sie die Patientin oder den Patienten nicht kennen. Aufgrund des Personalmangels haben Pflegende wenig Zeit, eine Beziehung zu den Betroffenen aufzubauen. Aus Vorsicht und um einer Eskalation vorzubeugen, werden vermehrt fbM angewendet, was wiederum viel Personal beansprucht (Perkins et al., 2012).

Angehörige empfinden ähnliche Emotionen wie Pflegefachpersonen. Zusätzlich treten Wut, Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit auf. Weiter wird die Anwendung von fbM als entwürdigend erlebt. Negative Gefühle werden verstärkt, falls Angehörige die Gründe für fbM nicht kennen. Die Angehörigen äussern, dass ihnen die Akzeptanz der bestehenden Situation hilft, mit negativen Gefühlen umzugehen (Haut et al., 2007; Lai & Wong, 2008; Saarnio & Isola, 2009).

Fehlen von Alternativen

Einige Pflegende berichten, dass sie keine Alternativen zu fbM kennen. Falls Alternativen vorhanden sind, vertrauen sie oft nicht auf deren Wirksamkeit und wenden sie deshalb nicht an (Happell & Harrow, 2010; Jarrett et al., 2008; Möhler & Meyer, 2014; Moore & Haralambous, 2007; Perkins et al., 2012; Zwijsen et al., 2011).

Das Fehlen von Alternativen wird ebenfalls durch die Angehörigen erlebt. Es gibt jedoch Studien in denen nahestehende Personen alternative Möglichkeiten nennen und diese unterstützen. Grundsätzlich werden physische fbM den medikamentösen vorgezogen (Lai & Wong, 2008; Moore & Haralambous, 2007; Saarnio & Isola, 2009; Zwijsen et al., 2011).

Eine mögliche Erklärung für die hohe Prävalenz von fbM, könnte das Fehlen von Alternativen sein. Dies wiederum ist erstaunlich, da es viel Literatur, beispielsweise Walther (2007), zu alternativen Möglichkeiten gibt. Die schweizerische Gesetzgebung fordert, dass fbM erst angewendet werden, wenn alle anderen Interventionen nicht zum gewünschten Ziel führten (SAMW, 2005).

Einfluss der Pflegekultur / Erleben der Beziehung zum Pflegepersonal

Pflegende erleben eine Kultur, welche das Hinterfragen von fbM nicht erlaubt. Das Management wird als wenig unterstützend empfunden, was sich in fehlenden Richtlinien und einem ungenügendem Personalschlüssel zeigt (Happell & Harrow, 2010; Möhler & Meyer, 2014; Moore & Haralambous, 2007; O'Brien & Cole, 2004; Van der Merwe et al., 2013).

Angehörige erleben den Umgang mit Pflegenden als distanziert und besprechen ihre Anliegen selten mit ihnen. Zudem fühlen sie sich zu wenig ins Geschehen miteinbezogen und bedauern eine mangelnde Informationsabgabe bezüglich der Anwendung von fbM (Lai & Wong, 2008; Moore & Haralambous, 2007; O'Brien & Cole, 2004; Saarnio & Isola, 2009).

Hierbei muss beachtet werden, dass Angehörige bei der Anwendung von fbM eine grosse Mitverantwortung tragen und auf die Aufklärung von Fachpersonen angewiesen sind.

Erleben von ethischen Dilemmata

Bei der Anwendung von fbM erleben Pflegende ethische Konflikte. Diese zeigen sich am häufigsten zwischen Sicherheit / Schutz und der Beachtung der Autonomie. Der Vergleich verschiedener fbM verdeutlicht, dass körpernahe Freiheitsbeschränkungen und die Zwangsmedikation ethisch problematischer erscheinen als körperferne Interventionen (Happell & Harrow, 2010; Haut et al., 2007; Jarrett et al., 2008; Möhler & Meyer, 2014; Moran et al., 2009; Perkins et al., 2012; Zwijsen et al., 2011).

Empfehlungen

Die Ergebnisse zeigen, dass Schulungen und Informationen zu Alternativen nötig sind. Eine mögliche Hilfestellung für ein Pflegeteam wäre eine Expertin oder ein Experte, welche bei der Anwendung von Alternativen Unterstützung bietet. Das Management sollte eine evidenzbasierte Anwendung von fbM, zum Beispiel anhand eines Qualitätsstandards, unterstützen und die Implementierung von praxisnahen Richtlinien fördern. Eine schriftliche Evaluation und eine Reflexion im Team sind empfohlen. Voraussetzung dafür ist eine offene Pflegekultur, welche kritisches Hinterfragen und das Äussern von Emotionen erlaubt. Im Umgang mit Angehörigen müssen Gespräche über Vor- und Nachteile sowie Alternativen angeboten werden. Ziel der Gespräche ist, Bedürfnisse zu erfassen und Angehörigen eine informierte Entscheidung zu ermöglichen.

Die Wirksamkeit von fbM als Prävention ist nicht bewiesen und aufgrund des negativen Erlebens in Frage gestellt. In der Literatur werden viele Alternativen aufgeführt, welche in der Praxis aufgrund von Unsicherheiten spärlich angewendet werden. Deshalb ist das Untersuchen der Wirksamkeit von alternativen Möglichkeiten relevant, damit das Vertrauen in diese gestärkt wird. Die Anwendung von medikamentösen fbM ist ein kaum behandeltes Thema und bedarf weiterer Forschung. Dies vor allem, da die Prävalenz der Zwangsmedikation hoch ist und Pflegende sowie Angehörige deren Anwendung als ethisch herausfordernd erleben.

Literaturverzeichnis

- 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>
- Ermler, A., & Schmitt-Mannhart, R. (2011). *Freiheit und Sicherheit. Richtlinien zum Umgang mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen*. Bern: Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie SGG SSG.
- 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.
- 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 Pflegender, 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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 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.
- Walther, G. (2007). Freiheitsentziehende Maßnahmen in Altenpflegeheimen – rechtliche Grundlagen und Alternativen der Pflege. *Ethik in der Medizin*, S. 289-300.
- Zwijzen, 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.