



Berner Fachhochschule
Haute école spécialisée bernoise
Bern University of Applied Sciences



Freiheitseinschränkende Massnahmen in der Somatik: Oft negiert, nun zum Thema gemacht

Bericht aus dem Projekt „Free-me“

Silvia Thomann & Sandra Siegrist-Dreier

► Gesundheit

Hintergrund

- ▶ **Definition:** «Unter dem Begriff Freiheitseinschränkung (FEM) werden Einschränkungen der Bewegungsfreiheit sowie anderer Grundrechte verstanden.»
(Swiss Academy of Medical Sciences, 2015, p. 8)
- ▶ **FEM werden in allen Bereichen des Gesundheitswesens eingesetzt**
 - Evidenz der Wirksamkeit nicht vorhanden
 - Nachweis von negativen Auswirkungen auf
 - **Patient*innen** (Chou et al., 2020; Cusack, Cusack, McAndrew, McKeown, & Duxbury, 2018; Hofmann & Hahn, 2014; Said & Kautz, 2013)
 - **Gesundheitsfachpersonen** (Haugom, Ruud, & Hynnekleiv, 2019; Perez, Peters, Wilkes, & Murphy, 2019)
- ▶ **Reduktion von FEM wird in allen Settings empfohlen** (Australian Government Aged Care Quality and Safety Commission, 2020; Lachance & Wright, 2019; Registered Nurses' Association of Ontario, 2012)
- ▶ **Fokus der Forschung bisher auf Psychiatrie und Langzeitpflege**

Projekt Free-Me^{Akut} (Freiheitseinschränkende Massnahmen im Akutspital)

- ▶ Veränderungsbedarf und -möglichkeiten für Akutsomatik weitgehend unbekannt



Projekt Free-Me ^{Akut}	
Quantitativ: <ul style="list-style-type: none">▪ Auswertung Querschnittsdaten mehrerer Prävalenzmessungen	Qualitativ: <ul style="list-style-type: none">▪ Fokusgruppeninterviews mit Fachpersonen▪ Interviews mit Patient*innen und Angehörigen

▶ Projektteam:

- ▶ BFH: Prof. Dr. Sabine Hahn; Prof. Dr. Dirk Richter; Sandra Siegrist-Dreier (MScN); Silvia Thomann (MScN, PhD-Studierende)
- ▶ Akademie Praxis Partnerschaft Insel Gruppe Bern: Prof. Dr. Kai-Uwe Schmitt, Isabelle Barbezat (BScN, MScN-Studierende)

Quantitative Teilstudien

Methodik Quantitative Studien

▶ Design

- jährlich stattfindende, multizentrische Querschnittstudie

▶ Setting

- Spitäler inkl. alle Abteilungsarten in CH und AT

▶ Datensammlung der internationale Prävalenzmessung «LPZ international»

- Daten auf Spital-, Abteilungs- und Patientenebene
- FEM Einsatz retrospektiv über 30 Tage
- Messjahre 2016-2018

▶ Datenanalyse

- Studie 1 bis 3: deskriptive Analysen
- Studie 1: Multivariate logistische Regressionsanalyse (Thomann, Zwakhalen, Richter, Bauer, & Hahn, 2021)
- Studie 2: Mehrebenenmodell (Thomann, Hahn, Bauer, Richter, & Zwakhalen, 2021)
- Studie 3: Mehrebenenmodell nur Spitäler CH, die zu allen Messzeitpunkten Daten erfassten (Thomann, Hahn, Schmitt, Barbezat, Siegrist-Dreier, & Richter, 2021)

Stichprobe (Teil 1 und 2)



140 Spitaler

CH 84

AT 56



29'477 Patient*innen

CH 20'561

AT 8'916

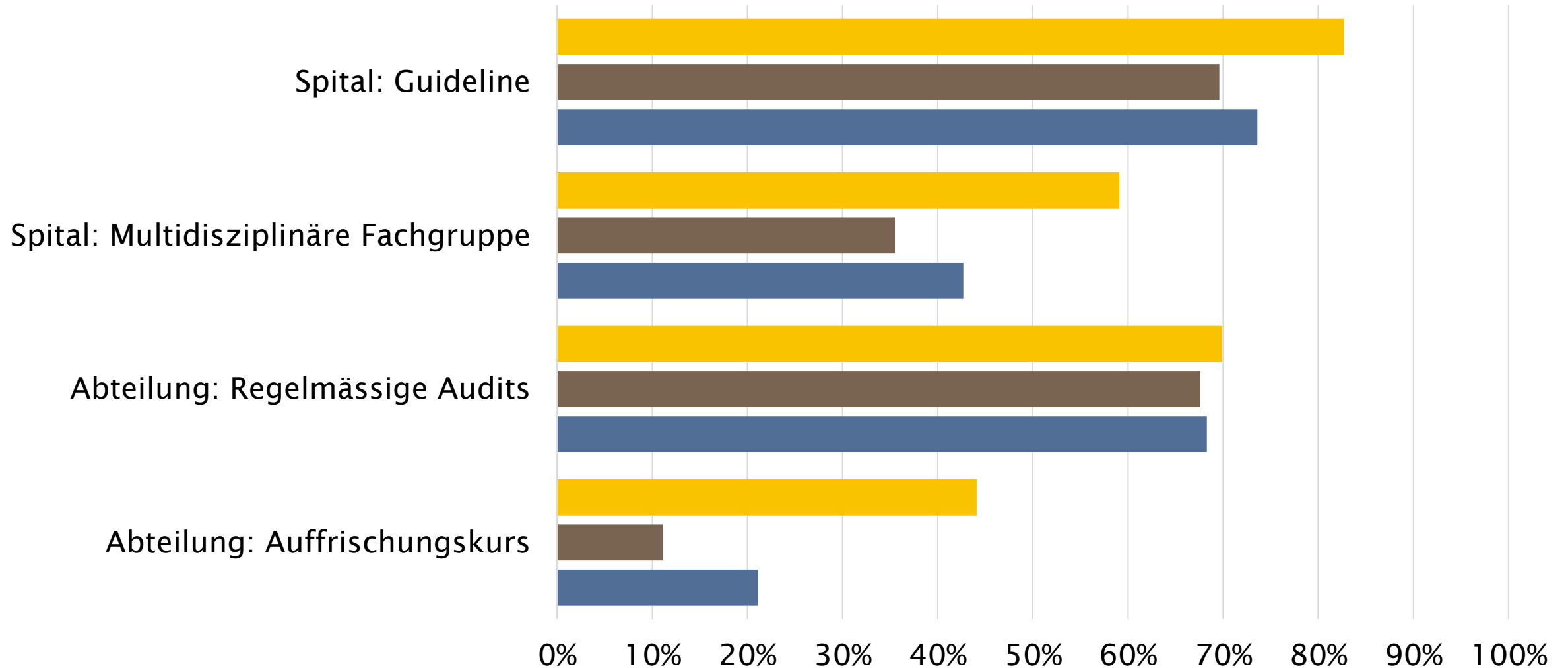
FEM eingesetzt 8.7%

CH 10.6 %

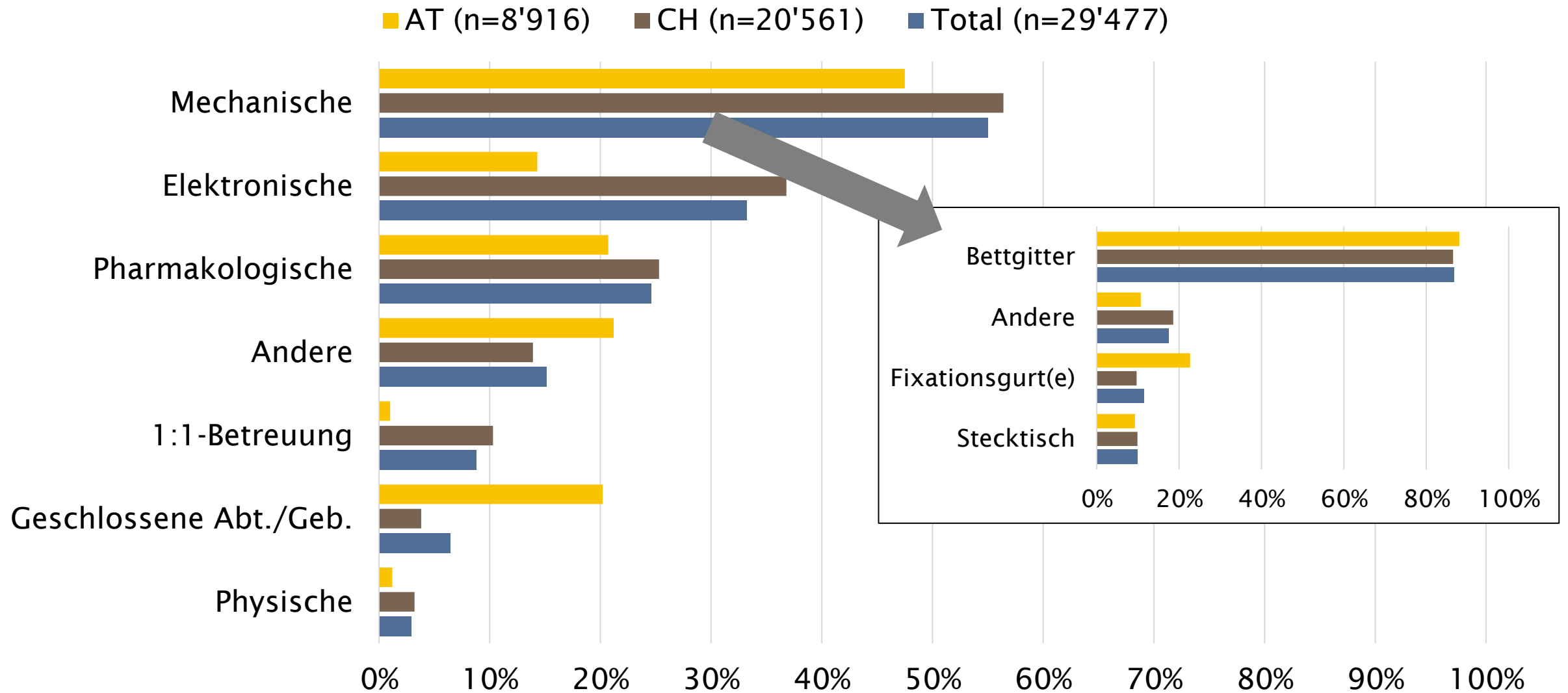
AT 4.6%

Strukturmerkmale zu FEM

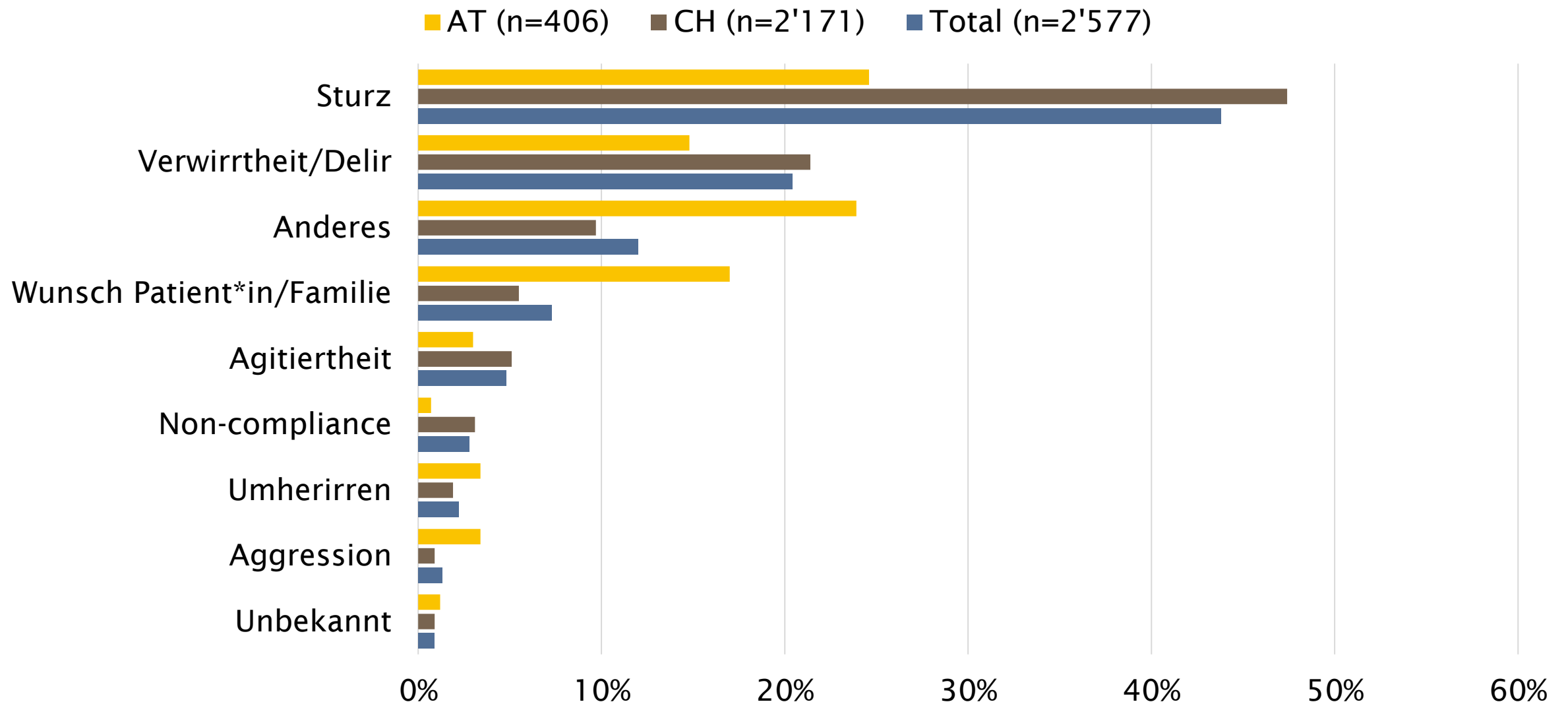
■ AT (n=8'916) ■ CH (n=20'561) ■ Total (n=29'477)



FEM Art (Mehrfachantwort)

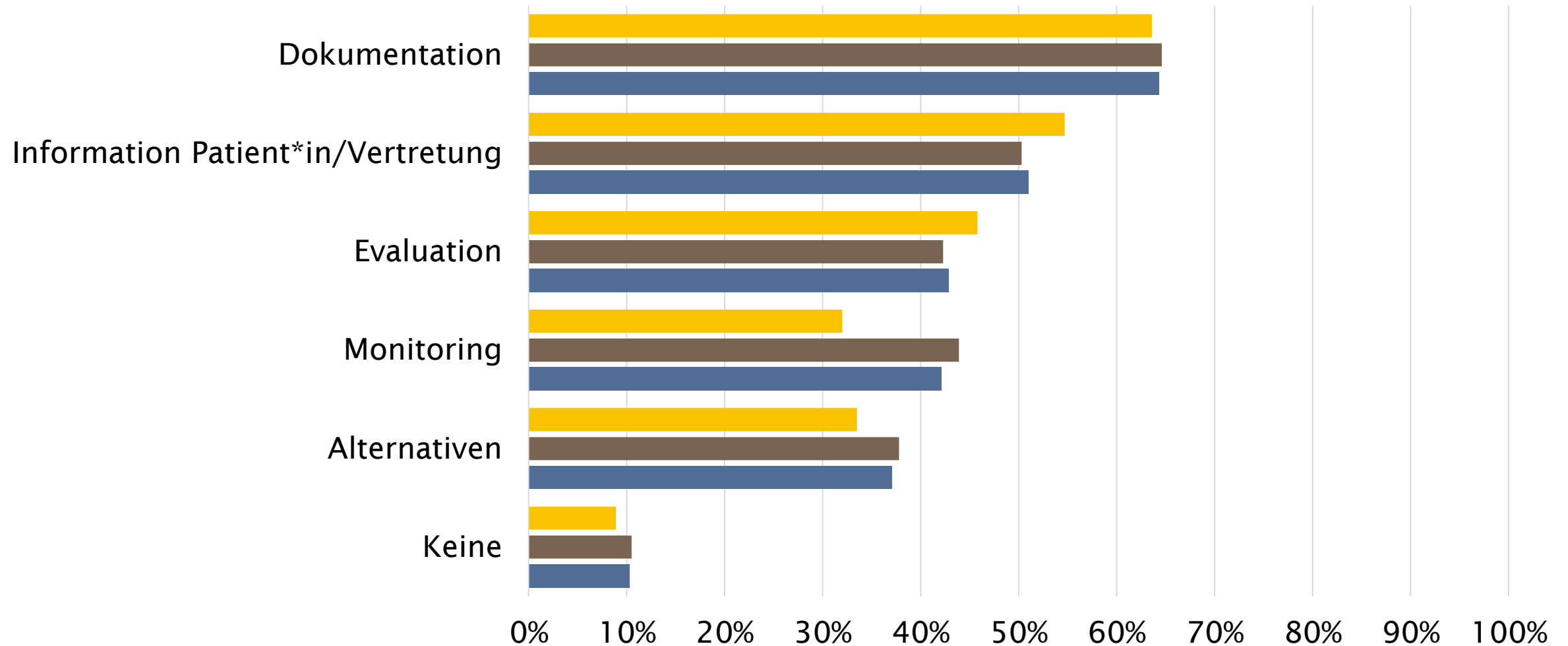


Hauptgrund für die FEM Anwendung




Prozessindikatoren (Mehrfachantwort)


■ AT (n=8'916) ■ CH (n=20'561) ■ Total (n=29'477)





Mehrebenenmodell (Studie 2)




 Pflegeabhängigkeit¹
(bis OR 39.7 für komplett
Abhängige im Vergleich zu
komplett Unabhängigen)


 Psychische und
Verhaltensstörungen (OR 2.3)

 Faktoren, die den
Gesundheitszustand
beeinflussen und zur
Inanspruchnahme des
Gesundheitswesens führen
(OR 1.4)

 Alter in Jahren (OR 1.2,
Alter² OR 1.1)




 Spital: Guidelines
(OR 0.6)

 Abteilung: Auffrischkurs
(OR 0.8)

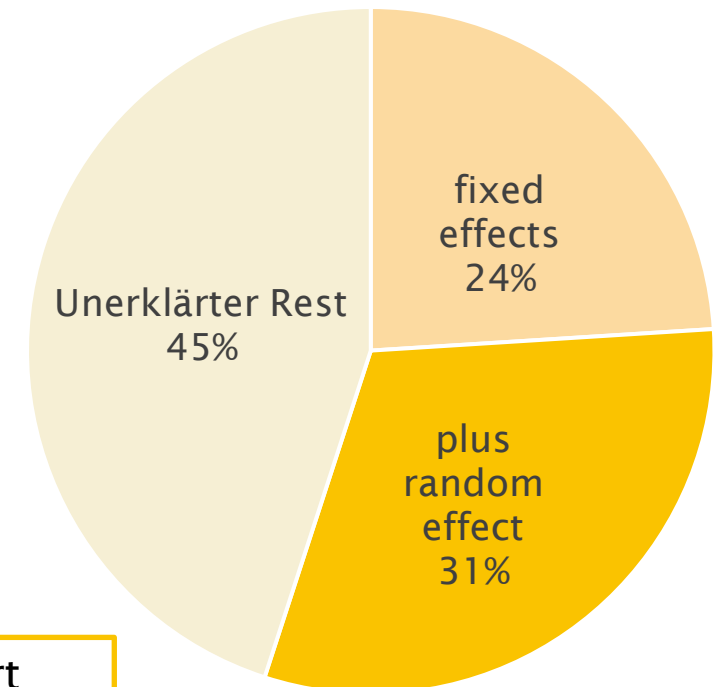
 Weiblich (OR 0.7)

 Krankheiten des
Verdauungssystems (OR 0.9)

 Krankheiten des Muskel-
Skelett-Systems und des
Bindegewebes
(OR 0.8)

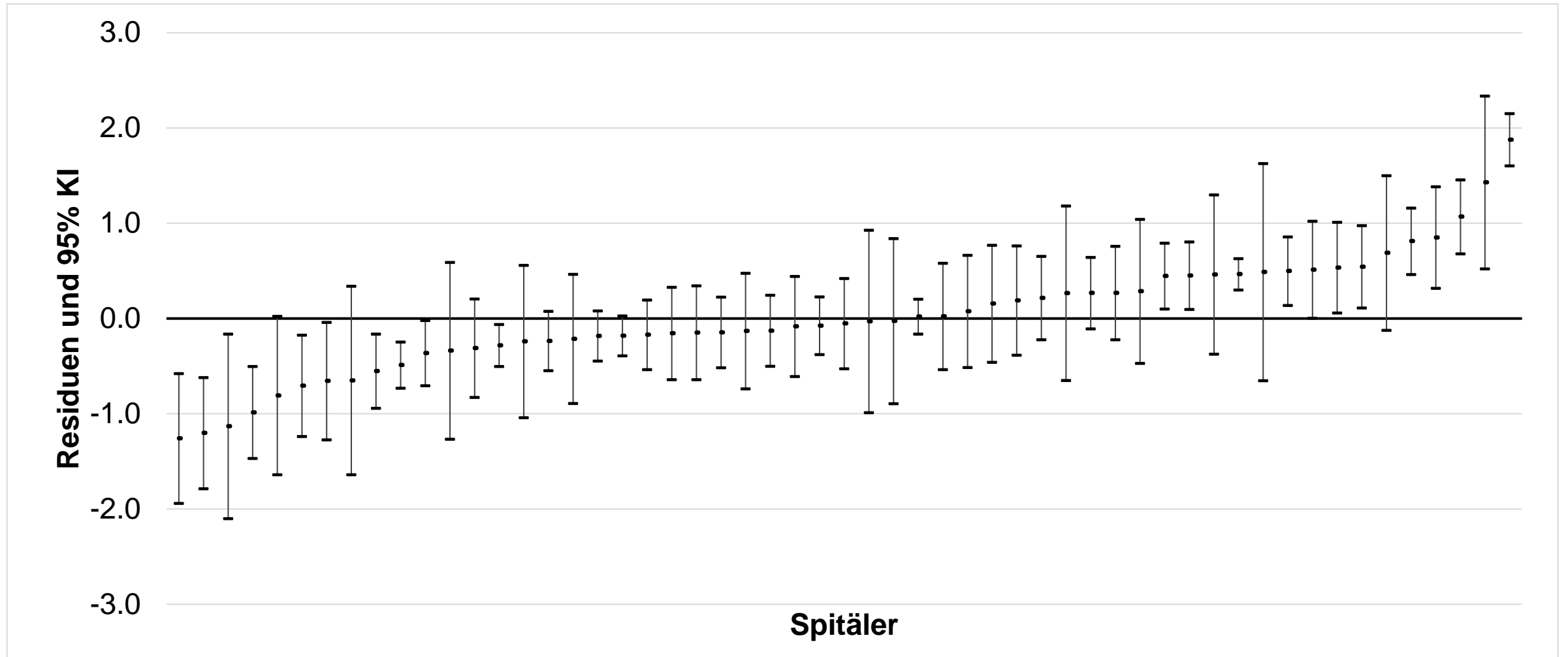
Variable Land wurde nicht selektiert
trotz grosser deskriptiver Unterschiede

Erklärte Gesamtvarianz



¹(Dijkstra et al., 2012)

Riskoadjustierter Spitalvergleich (Studie 3, CH Spitäler alle Messjahre)



Qualitative Teilstudien

Methodik Qualitative Studie 1

▶ Design

- 3 leitfadengestützte Fokusgruppeninterviews mit Gesundheitsfachpersonen

▶ Setting

- Je ein Interview auf Akutgeriatrie, IMC und Intensivpflegestation
- 13 Pflegefachfrauen, 3 Physiotherapeutinnen, 2 Ärzt*innen, 1 Pflegeexpertin

▶ Datensammlung

- Knowledge Mapping Methode: Aussagen inkl. Zusammenhänge werden auf Maps festgehalten und von der Gruppe validiert

▶ Datenanalyse

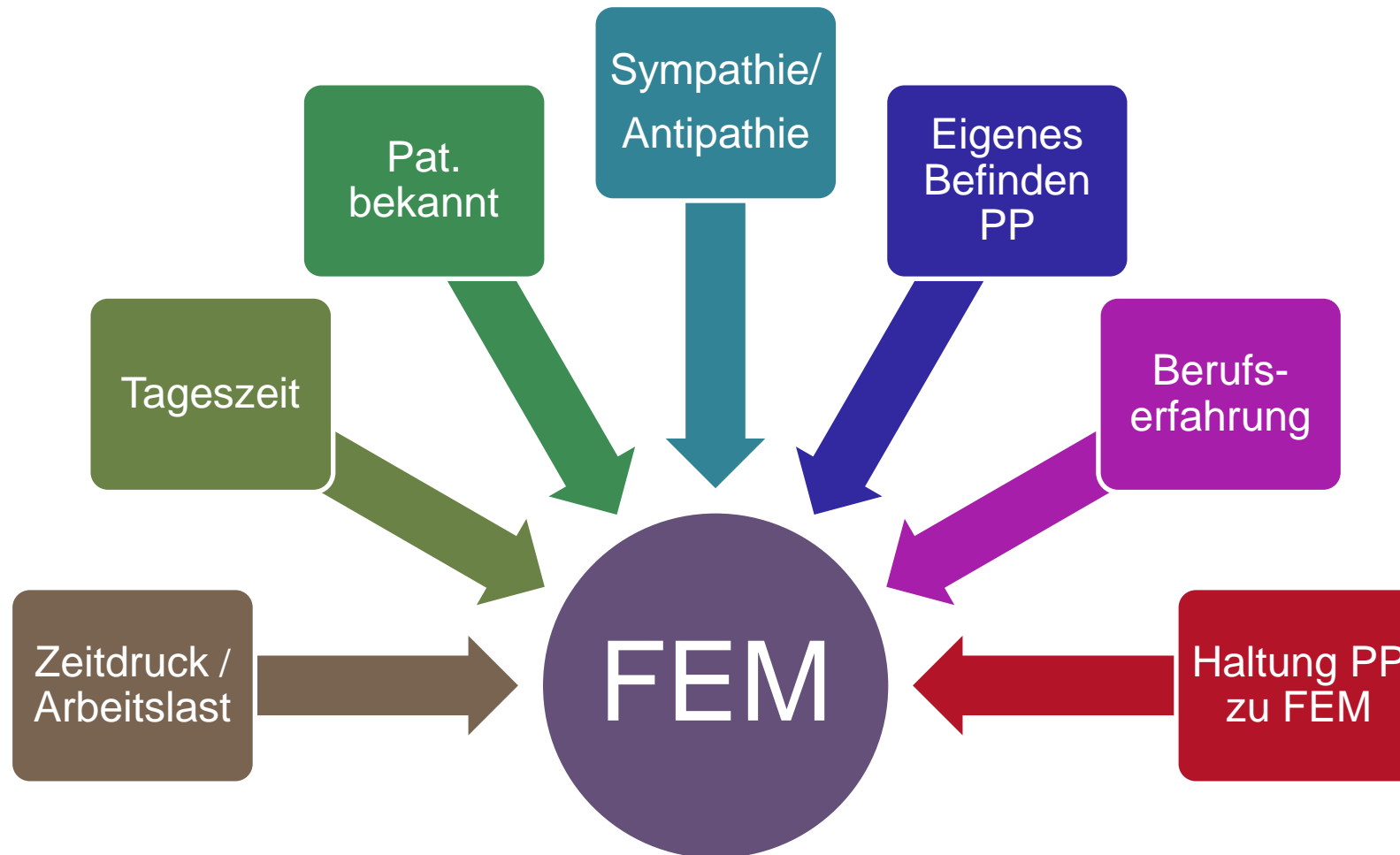
- 1. Teil während Interviews
- Verdichtung der Daten zu wesentlichen Zusammenhängen und Erkenntnissen

(Siegrist-Dreier, Barbezat, Thomann, Richter, Hahn, & Schmitt, 2021)

FEM Art und Anwendung

- ▶ Erwartete FEM wurden erwähnt
- ▶ Anwendung
 - in komplexen Patientensituationen, wenn multimorbide Patient*innen unruhig, delirant, dement oder psychisch beeinträchtigt sind
 - bei Selbst- oder Fremdgefährdung
 - z.T. präventiv, z.T. nach einem Ereignis (Sturz, Ziehen eines Kath. o.ä.)
 - oftmals in Akutsituationen, daher ohne vorherige Absprache mit Pat./Angehörigen

Beeinflussende Faktoren im Entscheidungsprozess



"Es ist auch ein bisschen eine persönliche Einstellung der Pflegenden. Manche fixieren nie und versuchen es auf andere Weise. Und dann gibt es die, die bei der ersten Bewegung [des Patienten] zum Gesicht hin sofort nach Handschuhen oder Fixationen rufen. [...] [Bei manchen Pflegepersonen] trifft man auf Patienten, die fast immer fixiert sind, und andere fixieren fast nie. Ich habe das Gefühl, dass das auch ein bisschen eine persönliche Meinung ist."

Involvierte Personen

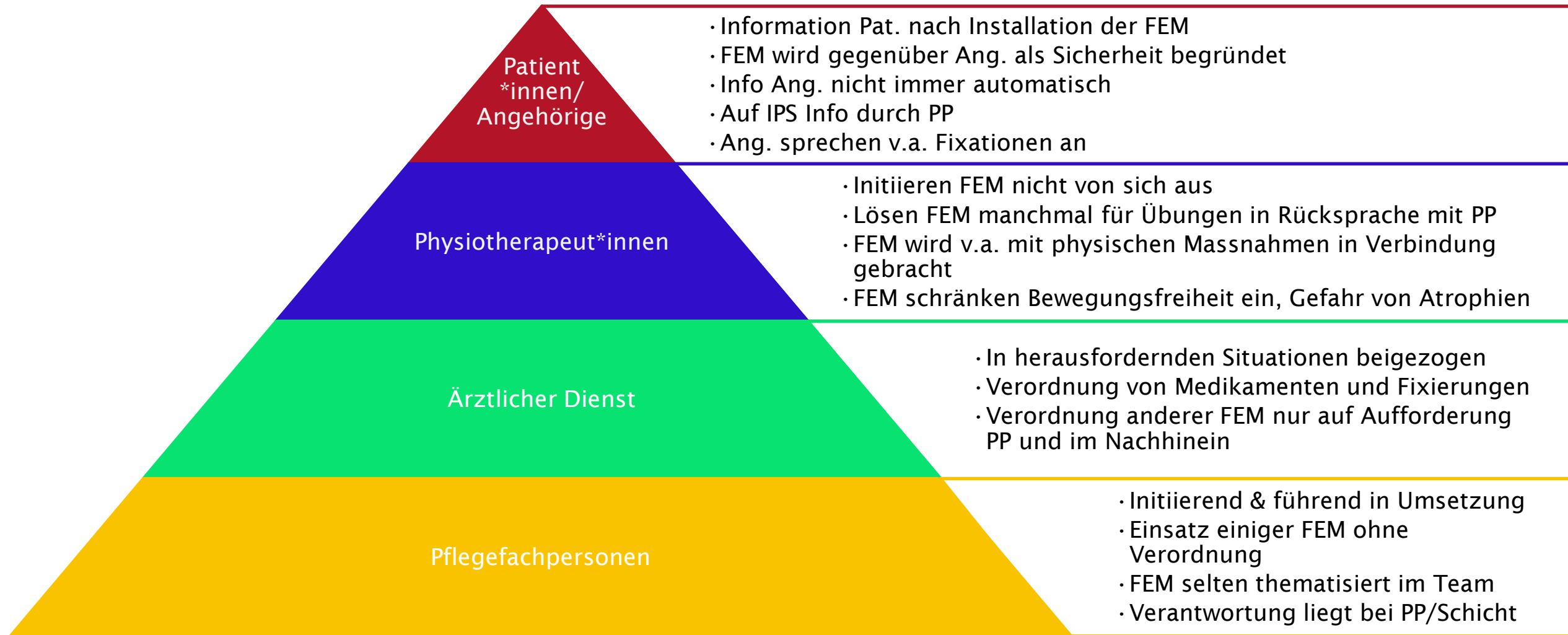
Pflegefachpersonen

- Initiierend & führend in Umsetzung
- Einsatz einiger FEM ohne Verordnung
- FEM selten thematisiert im Team
- Verantwortung liegt bei PP/Schicht

*«Das kann manchmal schon frustrierend sein. [...] Wenn ich Zeit habe und nichts anderes tun muss, dann kann ich mich zu den Patient*innen setzen und muss sie nicht fixieren. Und dann kommt die Spätschicht und sagt, das geht ja gar nicht. Dann dauert es zehn Minuten und alles ist installiert. Und da bin ich dann manchmal sehr frustriert.*

Ich kann das nicht ansprechen, überhaupt nicht. Im Gegenteil, ich sage einfach nichts. Ich glaube, dass es sonst als Bevormundung empfunden wird. Ich kann ja nicht zur Pflegenden, die mich ablöst, sagen, du hast jetzt eigentlich Zeit, setz dich doch einfach hin.»

Involvierte Personen



Prozesse FEM

Dokumentation

- Uneinheitlich
- Nur Art der FEM dokumentiert (Überlegungen zur Wahl, Wirkung etc. nicht)

Evaluation

- Laut PP keine klaren Richtlinien für Evaluation
- Uneinheitlich

Reflexion

- Bedarf nach mehr Wissen
- Kein Format für einen (interprofessionellen) Austausch
- Austausch würde helfen, eigene Haltung und eigenes Handeln zu hinterfragen

Prävention/ Alternative

- Optimierungsbedarf beim Delirmanagement
- Präventive Massnahmen werden nicht generalisiert eingesetzt
- Deeskalationstraining hilft auch bei Kommunikation innerhalb des Teams

Methodik Qualitative Studie 2

- ▶ Design
 - Exploratives qualitatives Design
- ▶ Sample
 - 4 Patient*innen, die FEM erlebten
 - 5 Angehörige von Patient*innen mit FEM
- ▶ Datensammlung
 - 8 offene Interviews (7 Einzelgespräche, 1 Gespräch Pat. inkl. Angehörige)
 - Feldnotizen
- ▶ Datenanalyse
 - Transkription der Interviews
 - Qualitative induktive Inhaltsanalyse angelehnt an Elo und Kyngäs (2008)
 - Mittels Abstraktion Kategorien bilden, um die Themen darzustellen

(Siegrist-Dreier, Barbezat, Thomann, Richter, Schmitt, & Hahn, 2021)

Erlebte FEM der Patient*innen und Angehörigen

Patient*innen	Angehörige
<ul style="list-style-type: none">• Bewegungsmelder (Klingelmatten, Lichtschranken)• Sitzwachen• Sedativa	<ul style="list-style-type: none">• Handfixation• Handschuhe• Rollstuhl, Lehnstuhl mit fixierendem Tisch• Klingelmatten• Bettgitter

Was Patient*innen unter FEM verstehen

- ▶ «Fussmatte, da ich damit quasi überwacht werde»
- ▶ Medikamente, die das Bewusstsein trüben
- ▶ «Das man nicht mehr selber entscheiden kann, was man will»
- ▶ «Alles zwischen dem Verbot, alleine aufzustehen bis zum Anbinden»
- ▶ Medikamente werden ohne Notwendigkeit weiter verabreicht, Therapien werden ohne Begründung durchgeführt («versteckten Zwang»)
- ▶ «Die eigenen Verletzungen, die mich behindert haben»

Was Angehörige unter FEM verstehen

- ▶ Bettgitter
- ▶ Klingelmatten
- ▶ Anbinden von Extremitäten
- ▶ «Dass man nicht selber alles machen kann, beschränkt wird mit Massnahmen»
- ▶ «Die Einschränkungen durch die Krankheit»

Spektrum der Wahrnehmung von FEM

Aussagen Angehörige

Aussagen Patient*innen

Positiv

Neutral

Negativ

Ang. empfinden FEM als Schutz

Ang. empfinden die Massnahmen tw. nicht als FEM

Pat. finden Sitzwache nicht störend

Pat. stören sich an FEM, finden sie unangenehm

Pat.: Schwierig, in Mehrbettzimmer FEM anzusprechen

Ang. haben Erklärungen für FEM-Anwendung

Pat. schätzen die Medikamente als nötig ein

Pat. beurteilen Sitzwache als «aussermenschliches Wesen»

Pat.: Matte verunsichert mehr als sie Sicherheit gibt

Ang.: Pat. möchte nicht zur Last fallen, daher FEM unangenehm

Ang.: Pat. hatte keine Krankheitseinsicht, störte sich daher stark an FEM

Ang. können sich keine Alternative zu FEM vorstellen

Pat.: Sitzwache brannte sich in Erinnerung ein

Pat.: Vorstellung von Fixation ist schlimm

Ang.: Pat. störte sich an Handschuhen, zog sie immer wieder aus

Zusammenfassend

▶ Angehörige

- befürworten die FEM
- FEM geben Sicherheit
- Grosses Vertrauen ins Personal («Die wissen schon, was sie tun»)

▶ Patient*innen

- äussern sich (auch) kritisch
- sagen aber, dass ihre Erinnerung teilweise oder stark getrübt ist und sie im Nachhinein nicht alles adäquat einschätzen können

Hauptkenntnisse Projekt Free-Me^{Akut}

- ▶ FEM werden im Akutspital häufig eingesetzt, aber selten thematisiert
- ▶ Der Einsatz von FEM wird zu einem bedeutenden Teil von individuellen Haltungen und Teamkulturen geprägt (fehlende Strukturen)
- ▶ Wahrgenommene Restriktion ist situativ und individuell (z.B. werden elektronische FEM als unangenehm wahrgenommen)
- ▶ Die Angehörigen übernehmen die Argumentation der Gesundheitsfachpersonen für die FEM = FEM werden als Sicherheit wahrgenommen, Evidenz nicht reflektiert

Empfehlungen



Makro-Ebene: klare (rechtliche) Regulierungen & internationale EBP Guidelines



Meso-Ebene: Implementierung EBP anstelle individueller und intuitiver Entscheide und Prozesse (interprofessionelle Weiterbildungen inkl. Management, förderndes und forderndes elektronisches Patientendossier, fixe interprofessionelle Reflexionsgefässe)



Mikro-Ebene: interprofessionelle kritische Reflexion der Teamkultur, der Routine, der Entscheidungen und Verantwortungen, des Sicherheitsverständnis sowie der Patient*innen-Perspektive

Literatur

- Australian Government Aged Care Quality and Safety Commission. (2020, 14.07.2020). Minimising the use of restraints. Retrieved from <https://www.agedcarequality.gov.au/providers/assessment-processes/minimising-restraints>
- Chou, M. Y., Hsu, Y. H., Wang, Y. C., Chu, C. S., Liao, M. C., Liang, C. K., . . . Lin, Y. T. (2020). The adverse effects of physical restraint use among older adult patients admitted to the internal medicine wards: a hospital-based retrospective cohort study. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 24(2), 160-165. doi:10.1007/s12603-019-1306-7
- Cusack, P., Cusack, F. P., McAndrew, S., McKeown, M., & Duxbury, J. (2018). An integrative review exploring the physical and psychological harm inherent in using restraint in mental health inpatient settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(3), 1162-1176. doi:10.1111/inm.12432
- Dijkstra, A., Yönt, G. H., Korhan, E. A., Muszalik, M., Kedziora-Kornatowska, K., & Suzuki, M. (2012). The care dependency scale for measuring basic human needs: an international comparison. *Journal of Advanced Nursing*, 68(10), 2341-2348. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05939.x
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- Haugom, E. W., Ruud, T., & Hynnekleiv, T. (2019). Ethical challenges of seclusion in psychiatric inpatient wards: a qualitative study of the experiences of Norwegian mental health professionals. *BMC Health Services Research*, 19(1), 879. doi:10.1186/s12913-019-4727-4
- Hofmann, H., & Hahn, S. (2014). Characteristics of nursing home residents and physical restraint: a systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 23(21-22), 3012-3024. doi:10.1111/jocn.12384
- Lachance, C., & Wright, M.-D. (2019). Avoidance of Physical Restraint Use among Hospitalized Older Adults: A Review of Clinical Effectiveness and Guidelines. Retrieved from <https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/htis/2019/RC1079%20Restraint%20Use%20and%20Seniors%20Final.pdf>
- Perez, D., Peters, K., Wilkes, L., & Murphy, G. (2019). Physical restraints in intensive care-An integrative review. *Australian Critical Care*, 32(2), 165-174. doi:10.1016/j.aucc.2017.12.089
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2012). Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints. Retrieved from <https://rnao.ca/bpg/guidelines/promoting-safety-alternative-approaches-use-restraints>
- Said, A. A., & Kautz, D. D. (2013). Reducing restraint use for older adults in acute care. *Nursing*, 43(12), 59-61. doi:10.1097/01.NURSE.0000437484.75992.ca
- Siegrist-Dreier, S., Barbezat, I., Thomann, S., Richter, D., Hahn, S., & Schmitt, K.-U. (2021). Restraining patients in acute care hospitals – a qualitative study about health care staffs' experiences. *Open Nursing*, submitted.
- Siegrist-Dreier, S., Barbezat, I., Thomann, S., Richter, D., Schmitt, K.-U., & Hahn, S. (2021). Restraints in somatic acute care hospitals: Experiences and views of patients and relatives. In progress.
- Swiss Academy of Medical Sciences. (2015). *Coercive measures in medicine. Medical-ethical guidelines*. Retrieved from Bern: <https://www.sams.ch/en/Publications/Medical-ethical-Guidelines.html>
- Thomann, S., Hahn, S., Bauer, S., Richter, D., & Zwakhalen, S. (2021). Variation in restraint use between hospitals: a multilevel analysis of multicentre prevalence measurements in Switzerland and Austria. *BMC Health Services Research*, 21(1), 367. doi:10.1186/s12913-021-06362-y
- Thomann, S., Hahn, S., Schmitt, K.-U., Barbezat, I., Siegrist-Dreier, S., & Richter, D. (2021). Restraint use as a quality indicator for the hospital setting: a secondary data analysis. *Swiss Medical Weekly*, in press.
- Thomann, S., Zwakhalen, S., Richter, D., Bauer, S., & Hahn, S. (2021). Restraint use in the acute-care hospital setting: a cross-sectional multi-centre study. *International Journal of Nursing Studies*, 114. doi:10.1016/j.ijnurstu.2020.103807



Berner Fachhochschule
Haute école spécialisée bernoise
Bern University of Applied Sciences



Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!