

Im Spannungsfeld zwischen «safety first» und «patient first»: Freiheitseinschränkende Massnahmen im Akutspital

Settimio Monteverde^a, Jutta Ernst^b, Diana Staudacher^c und Birgit David^c

^a Klinische Ethik, Universitätsspital Zürich

^b Zentrum Klinische Pflegewissenschaft, Universitätsspital Zürich

^c Direktion Pflege und MTTB, Universitätsspital Zürich

Zusammenfassung

Bei selbst- oder fremdgefährdendem Verhalten können im Akutspital freiheitseinschränkende Massnahmen (FEM) unvermeidlich sein, um das Wohl und die Interessen betroffener und beteiligter Personen zu schützen. Handlungsleitende Vorgaben aus dem ethischen und rechtlichen Bereich sehen primär *personenbezogene* Gründe vor, die eine Einschränkung der Freiheit rechtfertigen.

In der Praxis spielen jedoch auch *kontextbezogene* Gründe eine Rolle. Vor diesem Hintergrund zeigt unser Beitrag das Spannungsfeld zwischen rechtlichen Vorgaben, ethischen Orientierungen und klinischer Praxis im Kontext eines Schweizer Universitätsspitals auf. Wir beschreiben Strategien für den Umgang mit diesem Spannungsfeld. Zentral ist die Sensibilisierung der Fachpersonen für den Ausnahmeharakter der FEM. Ebenso erweisen sich die Transparenz des Entscheidungsprozesses und die Nachvollziehbarkeit der Dokumentation bzw. Evaluation als wichtig.

Schlagerworte: Akutspital, Bewegungseinschränkende Massnahmen, Ethik.

Kontext

Im Akutspital kommt es regelmässig zu Situationen, in denen Patient*innen selbst- oder fremdgefährdendes Verhalten zeigen. Solche Situationen machen die besondere Verletzlichkeit der Betroffenen deutlich – aber auch die Verletzlichkeit der Mitpatient*innen, Angehörigen und Fachpersonen. Zu diesen Gefährdungssituationen gehören beispielsweise die postoperative Sturzgefahr einer verwirrten Person, das «Nesteln» an einem zentralen Venenkatheter oder die verbale Bedrohung der Zimmernachbar*innen durch eine Person in einer psychischen Krise. In diesen Kontexten zeigt sich, dass Menschen im Akutspital nicht nur medizinisch-pflegerische Bedürfnisse haben, sondern auch Schutzbedürfnisse. Gelingt es in akuten Gefährdungssituationen nicht, diese Schutzbe-

dürfnisse zu decken, sind die intendierten und mit der Person vereinbarten Behandlungsziele in Gefahr. Beispielsweise ist die Rückkehr ins häusliche Umfeld nicht möglich oder ein Sturz verursacht schwere gesundheitliche Folgen. Auch Mitpatient*innen, Angehörige und Fachpersonen können physisch oder psychisch gefährdet sein. Angesichts der Schwere möglicher Folgen können Massnahmen erforderlich sein, welche die Freiheit der betroffenen Person einschränken.

Freiheit und Freiheitseinschränkung – eine ethische Gratwanderung

In der Schweiz stecken die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) [1] den medizinethischen Rahmen ab, der in Einklang mit zivilrechtlichen Vorgaben [2] und allfälligen kantonalen Spezifika die Anordnung, Durchführung und Evaluation von FEM normiert. Durch Aufnahme in die FMH-Standesordnung sind diese Richtlinien nicht nur für die Ärzteschaft verbindlich, sondern gestalten auch die ärztlich-pflegerische Delegation bzw. Kooperation, die im Kontext der FEM von besonderer Bedeutung ist (vgl. [1], S. 7). Gemäss SAMW-Richtlinien verwirklicht sich «Freiheit» einerseits als *Bewegungsfreiheit* im Sinne der Entfaltung des Menschen im eigenen Bewegungs- oder Handlungsspielraum. Andererseits ist auch *persönliche Freiheit* gemeint, die sich auf Besitz-, Informations-, Besuchs-, Teilhabe- oder Gestaltungsrechte im Alltag bezieht [1]. Dazu gehört auch der Zugang zu Informationsmedien wie Zeitungen oder Internet. Der Konsum von Alkohol oder Zigaretten zählt ebenfalls dazu, sofern dieser nicht explizit der aktuellen Behandlungsvereinbarung zwischen Ärzt*innen und Patient*innen zuwiderläuft (z.B. bei einer Entzugsbehandlung). Als «freiheitseinschränkend» gilt gemäss SAMW-Richtlinien jegliche Massnahme, die «die individuelle Bewegungsfreiheit mit mechanischen Methoden, Medikamenten, aber auch mit psychologischen Mitteln» begrenzt [1]. *Freiheitseinschränkende Massnahmen* (FEM) gelten nur dann als zulässig, wenn sie eine drohende Gefahr abwenden können. Eine *Zwangsbehandlung* geht hingegen deutlich weiter. Sie zielt auf die Behandlung der medizinischen Ursache des gefährdenden Verhaltens. Da eine Zwangsbehandlung noch stärker in die psychische und physische Integrität der betroffenen Person eingreift, ist sie an strenge medizinische, rechtliche und medizinethische Auflagen geknüpft [1–2]. Übergeordnet bezeichnet der Begriff «Zwangsmassnahmen» gemäss Richtlinien sowohl *freiheitseinschränkende Massnahmen*, die gegen den Willen von Patient*innen erfolgen, als auch *Zwangsbehandlungen* [1].

Wie wirksam solche Massnahmen sind, um Selbst- und Fremdgefährdung entgegenzuwirken, ist nicht zweifelsfrei belegt [3]. Erwiesen ist hingegen, dass diese Interventionen selbst ernsthafte Risiken für die physische und psychische

Integrität mit sich bringen können [4]. Angesichts dieses Schadenspotentials stellt das Einleiten einer FEM eine Gratwanderung dar zwischen den Interessen der betroffenen Person, ihrem selbstbestimmten Eigenwohl und dem Schutz Dritter.

Die zivilgesetzlichen Leitplanken

FEM stellen schwerwiegende Eingriffe in die körperliche Integrität der Person dar. Sie sind nur zulässig, wenn ein anderes, in der Situation identifizierbares Rechtsgut konkurrenziert wird [1,2]. In der Schweiz gilt seit 2013 das revidierte Kindes- und Erwachsenenschutzrecht. Es formuliert zivilgesetzliche Leitplanken für FEM in Pflegeeinrichtungen. Diese sollen gewährleisten, dass notwendige FEM das Wohl und den Willen der betroffenen Person berücksichtigen, aber auch die legitimen Interessen Dritter schützen, beispielsweise der Mitbewohnenden, Angehörigen oder des Personals [5]. Zu den Leitplanken gehört, dass eine FEM nur unter der Bedingung erfolgen sollte, dass

- eine Selbst- und/oder Fremdgefährdung vorliegt,
- keine weniger einschneidenden Alternativen bestehen (Subsidiarität) und
- die minimalste Massnahme bestimmt wird, die wirksam ist (Proportionalität).

Für das akutstationäre Setting hat der Gesetzgeber offensichtlich keinen vergleichbaren Regulierungsbedarf gesehen. Die SAMW hat jedoch zwei Jahre nach Inkrafttreten des Kindes- und Erwachsenenschutzrechts Richtlinien zu «Zwangsmassnahmen in der Medizin» veröffentlicht. Darin finden sich medizinethische Regelungen, die auch den akutstationären Rahmen umfassen [1]. In Erweiterung der gesetzlichen Grundlagen beschreibt Kapitel 4.1 der SAMW-Richtlinien den Rahmen für FEM in der akutsomatischen Behandlung. Dabei fällt auf, wie schmal die Legitimationsbasis für FEM im Akutspital ist: Sie darf nur aus strikt *personenbezogenen* Gründen erfolgen:

- Mit hinreichender Klarheit muss eine Selbst- und/oder Fremdgefährdung bestehen.
- Die Massnahme muss alternativlos sein.
- Die Massnahme muss durch den mutmasslichen Willen der betroffenen Person abgedeckt sein [1, 2].

Obwohl aus regulatorischer Sicht hinreichend klar erscheint, dass nur personenbezogene Faktoren im Kontext von Selbst- und Fremdgefährdung im akutstationären Setting die Anwendung einer FEM legitimieren, bestehen in der klinischen Praxis grosse Unterschiede, wie Akutspitäler FEM handhaben und wie auch organisations- bzw. institutionsbezogene Faktoren eine Rolle spielen [6, 7]. Wäh-

rend zur Komplexität personenbezogener Faktoren das Assessment bzw. die korrekte Abklärung der spezifischen Gefährdungssituation und die Wahl der geeigneten Massnahme gehört, zählen zur zweiten Gruppe

- die Kultur im Umgang mit FEM
- die Verfügbarkeit und die Expertise von Fachpersonen in der sicheren Handhabung von FEM
- Kenntnisse und Fertigkeiten in der Prävention von FEM (z.B. Umgang mit herausforderndem Verhalten, frühzeitige Diagnostik von Delir, Schmerz oder anderen Faktoren, die sich als selbst- oder fremdgefährdend auswirken)
- Kenntnisse und Fertigkeiten im Deeskalations- und Aggressionsmanagement
- Das Vorhandensein institutionsinterner Leitlinien, welche die Handhabung von FEM basierend auf den regulatorischen Vorgaben regeln [vgl. 7].

«Safety first»? Die Relevanz der Problematik im Akutspital

In der stationären Akutversorgung ist das Thema «Zwang» in vielfältiger Weise gegenwärtig [3]. Hier kommt es regelmässig zu medizinischen Situationen, in denen laut SAMW-Richtlinien «Zwangsmassnahmen nicht vermieden werden können. Dies kann insbesondere dann zutreffen, wenn die Grundprinzipien der Fürsorge und des Nicht-Schadens auf keine andere Weise respektiert werden können» [1]. Gerade im Akutspital zeigt sich diese Problematik in der Regel mit besonderer Dringlichkeit, «wenn zur Lebensrettung oder Vermeidung ernsthafter Schädigungen ein unverzügliches medizinisches Handeln erforderlich ist» [1].

Wann liegt eine solche Dringlichkeit vor? Die Antwort auf diese Frage ist nicht nur von klinischen Merkmalen der Patientensituation abhängig, beispielsweise von einem Delir oder einem anderen akuten Verwirrheitszustand. Auch subjektive Faktoren aufseiten der Fachpersonen spielen eine Rolle. Aus der Forschung ist bekannt, dass bei der Frage «FEM – ja oder nein?» die Haltung der Fachpersonen und deren Einstellung zu FEM eine entscheidende Rolle spielen. Die Literatur beschreibt, dass unter Fachpersonen eine hohe Tendenz besteht, FEM nicht als Einschränkung des persönlichen Freiheitsraums im Sinne der SAMW zu sehen, sondern in erster Linie als «gewöhnliche» Sicherheitsmassnahme, die eher praktischen Bedürfnissen folgt [8–10]. So erstaunt es nicht, dass im komplexen Abwägungsprozess für oder gegen eine FEM Fachpersonen in der Regel dem Aspekt der Sicherheit von Patient*innen die höchste Priorität zuschreiben. Werte wie Freiheit, Selbstbestimmung oder Nicht-Schaden treten bei der Entscheidungsfindung in den Hintergrund [10].

In ethischer Hinsicht ist dies jedoch problematisch. Denn dadurch verschiebt sich bei der Gewichtung der Fokus von *personenbezogenen* (d.h. ethisch und rechtlich erforderlichen) Faktoren zu *personenexternen* bzw. *kontextbezogenen* Faktoren (z.B. auf räumliche oder organisationspraktische Aspekte). Zugleich stellen sich Fragen in Bezug auf die Fairness sowie die Zweck- und Verhältnismässigkeit solcher Massnahmen, wenn der lokale Kontext ausschlaggebend ist – und nicht die medizinisch-pflegerischen Bedarfe. Besonders schwerwiegend ist diese Sachlage angesichts der unzureichenden Evidenz zur Wirksamkeit bewegungseinschränkender Massnahmen [8, 9]. Kommen FEM undifferenziert und inkorrekt zum Einsatz, sind schwerwiegende Folgen beschrieben. Das Spektrum möglicher Schäden reicht von Dekubitus, Sturz, Asphyxie, Verlust der Muskelstärke, Verletzungen des Plexus brachialis und des Nervus radialis, Ödemen, verstärkter Agitation bei deliranten Patient*innen bis zu sozialer Isolation und Angstzuständen [8, 9].

Die Schlüsselrolle der Pflegefachpersonen

Pflegefachpersonen sind häufig die ersten, die selbst- oder fremdgefährdendes Verhalten im Akutspital erkennen. Ihnen kommt daher eine Schlüsselrolle bei der Entscheidungsfindung für oder gegen eine FEM zu [10]. Haltung, Sichtweise, Erfahrung und Fachexpertise der Pflegefachpersonen im Umgang mit freiheitseinschränkenden Massnahmen sind unerlässlich, um *notwendige* FEM zu erkennen und *nicht notwendige* FEM zu verhindern [10, 11]. Pflegenden zeichnen sich durch «ein starkes Engagement bezüglich der Sicherheit der Patient*innen, der Mitarbeitenden und der Arbeitsumgebung» aus [10, S. 1204]. Doch gerade das hohe Verantwortungsgefühl für die Sicherheit und das Wohl der Betroffenen kann dazu führen, weitere relevante ethische Aspekte weniger stark zu gewichten. Damit dies gelingt, bedarf es eines differenzierten pflegerischen Assessments, das folgende Aspekte miteinbezieht:

1. Mobilität erhalten, um Sturz vorzubeugen (z.B. durch sog. Bodenpflege oder Anpassungen der Umgebung, die eine sichere Mobilität ermöglichen).
2. Die stabilisierende Wirkung der Ansprache und sozialen Teilhabe bei delirgefährdeten Menschen berücksichtigen. Gerade Medikamente mit sedierender Wirkung, die im Rahmen einer FEM zur Anwendung kommen können, verhindern dies häufig.
3. Das akkurate Assessment möglicher Ursachen des gefährdenden Verhaltens durch den Einsatz standardisierter Screening-Instrumente gewährleisten (z.B. Flüssigkeitsmangel, Delir, Elektrolytstörungen, Schmerzen, Harnretention). Das Einleiten einer FEM erschwert die Abklärung. Diese sollte aber bei bestehender FEM fortgesetzt werden.

4. Die Nachsorge der Betroffenen und Angehörigen nach Aufhebung der FEM sicherstellen, um die Nachvollziehbarkeit festzustellen, aber auch allfällige negative Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung, die Gesundheit und/oder das Wohlbefinden zeitnah anzugehen und dadurch zur Qualitätssicherung von FEM beizutragen.

Während ethische und rechtliche Vorgaben in aller Deutlichkeit auf den Ausnahmecharakter von FEM hinweisen, wirkt ein Blick in die empirische Literatur zum Thema ernüchternd. Kontextbezogene Faktoren bei der Entscheidung *für* oder *gegen* FEM spielen eine wichtige Rolle [9]. Geringer Personalbestand, Kostendruck beim Einsatz von Sitzwachen, hohe Arbeitsbelastung und fehlende Zeit für die Überwachung gefährdeter Patient*innen führen dazu, FEM als «Sicherheitsmassnahme» zu wählen, um kontextbezogene Defizite zu kompensieren [9]. In einer britischen Studie hielten 84.5% der Fachpersonen eine FEM für gerechtfertigt, um Schaden zu vermeiden. 51% der Befragten fanden eine FEM akzeptabel, wenn sie dadurch «mehr klinische Arbeit bewältigen können» [12]. Umgekehrt kamen FEM seltener zum Einsatz, wenn die Nurse/Patient-Ratio günstiger war. Zudem scheint gut ausgebildetes Personal mit einer geringeren Prävalenz von FEM verbunden zu sein [13].

Vorgehensweise im Universitätsspital Zürich

Die SAMW-Richtlinie unterscheidet bei somatisch erkrankten Patient*innen im Akutsetting «drei typische Situationen [...], in denen Zwangsmassnahmen unter Umständen zur Anwendung kommen, um eine Gefährdung abzuwenden» [1]:

- Patient*innen «mit Erregungszuständen, die sich einer Behandlung widersetzen und sich bzw. andere gefährden»,
- bewusstseinsgetrübte bzw. bewusstlose Patient*innen, die «eine Ablehnung der Behandlung nicht kundtun können» sowie
- Patient*innen, die «ruhig und klar kommunizieren, dass sie eine indizierte Behandlung ablehnen, die aber möglicherweise urteilsunfähig sind» [1].

Bei allen drei Personengruppen gilt es, Schutzmassnahmen zu implementieren, die einerseits dem Grad der Gefährdung angemessen sind und sich andererseits auch am Wohl, am Willen und an den Interessen der betroffenen Person orientieren. Dadurch lässt sich gewährleisten, dass *personenbezogene* Kriterien zur Anwendung kommen und der Einfluss *kontextbezogener* Faktoren (Personalschlüssel, Skill-Grade-Mix, Sicherheitsgefühl der diensthabenden Fachperson) eine konsequente Minimierung erfährt.

Diese Transparenz herzustellen, war das Ziel der internen Weisung «Zwangsmassnahmen» im Universitätsspital Zürich. Die Weisung entstand unter Federführung des Rechtsdienstes und der Klinischen Ethik. Den Ausgangs-

punkt bildeten die Revision des Zivilgesetzbuches (2013) und die SAMW-Richtlinien «Zwangsmassnahmen in der Medizin» [1]. Eine Projektgruppe unter der Leitung der Direktion Pflege, des Zentrums Klinische Pflegewissenschaft und der Klinischen Ethik nahm ihre Arbeit auf. Das Ziel bestand darin, den Einsatz von FEM spitalweit zu regeln – und zwar auf der Ebene der Indikation, der Evaluation und der Dokumentation.

Dokumentation und Implementierung

Ausgangspunkt für die ethische Debatte zum Thema FEM waren die Anforderungen an die Dokumentation. Diese musste einerseits der SAMW-Richtlinie entsprechen und andererseits eine strukturierte Datenausleitung für ein FEM-Monitoring ermöglichen. Bis zum Zeitpunkt der internen Weisung waren mechanische Fixierungen von Patient*innen auf einer Bettenabteilung strikt untersagt. In entsprechenden Situationen erfolgte meistens eine Verlegung der Patient*innen auf eine Abteilung mit adäquaten Überwachungsmöglichkeiten (IPS/IMC). Eine einheitliche Dokumentationsrichtlinie für FEM existierte nur bruchstückhaft. Sie entsprach nicht den gesetzlichen Forderungen.

Die neu eingeführte Möglichkeit einer elektronischen Verordnung von FEM löste bei vielen Pflegenden Sorgen aus. Sie befürchteten, dass FEM dadurch zu niederschwellig verordnet werden könnten. Im Hintergrund stand dabei auch der starke Spardruck in Bezug auf Sitzwachen. Eine weitere Ursache für diese Befürchtung bezog sich auf das unterschiedlich ausgeprägte Sicherheitsdenken in Pflege- und Ärzteteams aufgrund der beruflichen Sozialisation, des jeweiligen Verantwortungsbereichs, der individuellen Erfahrung und der kulturellen Vielfalt innerhalb des Teams.

Daraus entwickelte sich der Vorschlag, eine Verordnungsmöglichkeit von FEM auf Bettenstationen pauschal auszuschliessen. Dies führte wiederum zu einer Diskussion über die Ressourcenallokation der knappen IPS-/IMC-Betten. Die Spitaldirektion entschied, gemäss der Weisung unvermeidbare FEM jeweils dort durchzuführen, wo sie notwendig sind. Um der befürchteten Ausweitung von FEM entgegenzusteuern, erfolgten mehrere flankierende Massnahmen:

- Entwicklung und Einführung der elektronischen Dokumentation
- e-Learning zur Praxisumsetzung
- flächendeckende Hörsaalveranstaltungen zum Inhalt und zu den praktischen Implikationen der Weisung beim Einführen der Dokumentation
- eine Aufnahme des Themas in die Informationsveranstaltung für neue Mitarbeitende und in das «Basic Seminar Ethik» (obligatorisch für ärztliches Personal und Personen des Pflegekaders)
- eine Evaluation der Umsetzung und die Implementierung eines Monitorings.

Aus pragmatischen Gründen fiel der Entscheid, auch diejenigen FEM zu dokumentieren, die nicht gegen den Willen des Patienten erfolgen und somit keine Zwangsmassnahmen darstellen. Dadurch sollte sichergestellt sein, dass für die gleiche Intervention nicht unterschiedliche Dokumentationen möglich sind. Zudem sind rechtliche Folgen und die Nachvollziehbarkeit bei einem Schaden in beiden Fällen gleich relevant.

Evaluation der Dokumentation

Die Evaluation umfasste den Zeitraum von Oktober 2018 bis Oktober 2019. Insgesamt erfolgte eine Dokumentation von FEM bei 1700 Patient*innen. Dies entspricht einem Anteil von 3.67% aller Patient*innen des Universitätsspitals Zürich. Es handelte sich um 700 Frauen und 1000 Männer. Das mittlere Alter lag bei 72.02 Jahren. Der jüngste Patient war 16 Jahre alt, der älteste 101 Jahre.

Die Begründung für die FEM lautete in 4172 Fällen¹ Selbstgefährdung, in 309 Fällen Fremdgefährdung und in 248 Fällen «Anderes». In 1075 Fällen lag eine psychiatrische Diagnose vor und bei zwei Drittel der Patient*innen handelte es sich um ein Delir. In 3327 Fällen war die Patientin bzw. der Patient oder die Vertretungsperson über die FEM informiert. In 1148 Fällen war dies nicht der Fall. Die überwiegende Mehrheit der Patient*innen bzw. deren Vertretung (2480 Fälle) war mit den Massnahmen einverstanden. In 592 Fällen lag eine Zwangsmassnahme vor (FEM gegen den Willen der betroffenen Personen).

Die Art der Massnahme variierte deutlich zwischen den Fachbereichen. Am häufigsten kamen die Klingelmatte (41.19%) und das Bettgitter mit Zwischenstück (19.03%) zum Einsatz. Der Bewegungsmelder fand einmal Verwendung und Sicherheitshandschuhe viermal. Die subjektive Arbeitsbelastung schätzten die Fachpersonen im Rahmen der Leistungserfassung einmal pro Schicht auf einer Skala von 1 (geringste Belastung) bis 7 (höchste Belastung) ein. Es zeigte sich, dass die subjektive Arbeitsbelastung keinen Einfluss auf die Verordnung einer Massnahme hatte.

Das e-Learning zu FEM haben 204 Fachpersonen durchgeführt. Die Dokumentation der Evaluation umfasste 29 757 Fälle (davon 18 130 Fälle bei Männern). Auch hier gab es Unterschiede zwischen den Fachbereichen. In 3118 Fällen (1889 Fälle bei Männern) erfolgten die Massnahmen gegen den Patientenwillen. In 337 Fällen war die Klingelmatte als Massnahme ohne Einverständnis der Patient*innen dokumentiert.

Die Ergebnisse unserer Evaluation weisen darauf hin, dass FEM weiterhin Ausnahmecharakter haben. Die Befürchtung, FEM könnten zum Bestandteil der Regelversorgung werden, bestätigte sich nicht. Die Pflegefachpersonen adaptier-

1 Mehrere Fälle können sich auf eine Patientin/einen Patienten beziehen.

ten die Dokumentation unverzüglich und wenden sie seitdem in der Praxis an. Von grosser Bedeutung ist, dass das FEM-Monitoring diejenigen Patientengruppen sichtbar macht, die für FEM besonders vulnerabel sind. Dabei handelt es sich beispielsweise um Patient*innen mit psychiatrischen Diagnosen. Das Monitoring ermöglicht präventive Massnahmen. So können Fachpersonen bei Patient*innen mit identifiziertem hohem Risiko für FEM im Voraus Behandlungsziele und Massnahmen bei gefährdendem Verhalten etablieren. Dies erfolgt im Sinne des Advance Care Planning.

Fazit

Jede FEM stellt eine Verletzung der physischen und psychischen Integrität der betroffenen Person dar. Deshalb ist sie rechtlich bzw. ethisch begründungspflichtig. Das Prinzip «safety first» gilt es bei der Entscheidungsfindung kritisch zu hinterfragen, wenn Kontextfaktoren nicht ausreichend berücksichtigt sind. Wie unsere Erfahrung zeigt, braucht es eine wertebasierte bzw. wertunterstützende Arbeitsumgebung, um ein sorgfältiges Abwägen patientenbezogener Aspekte zu erreichen [8]. Die eingeführte Weisung hat sich als wesentlich erwiesen, um die klinische Praxis auf die geltende Rechtslage abzustimmen [14]. Es hat sich bewährt, Kontextfaktoren zu monitorisieren.

Als zielführenden Weg zur nachhaltigen Reduzierung von Zwangsmassnahmen beschreibt die Literatur eine Multikomponenten-Strategie – bestehend aus Kulturwandel, ethischem Leadership, Schulung und Expertenkonsultation [8, 9, 15–17]. Schulungen und Online-Training haben sich als zentral erwiesen, um Fachpersonen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung für die komplexe Thematik zu sensibilisieren und auf eine ethisch reflektierte Praxis vorzubereiten [9].

Abstract

In the case of behavior that is dangerous to oneself or others, coercive measures may be unavoidable in order to protect the well-being and interests of the persons concerned and involved. Available ethical and legal guidelines provide only person-related reasons to justify coercive measures. In practice, however, context-related reasons also play a role. Against this background, our article shows the field of tension between legal guidelines, ethical orientations and clinical practice in the context of a Swiss university hospital. We describe strategies for dealing with this field of tension. Raising the awareness of professionals regarding the exceptional nature of coercive measures is pivotal. Additionally, the transparency of the decision-making process and the comprehensibility of the documentation and evaluation are key to safeguard the person's interest.

Keywords: acute hospital, coercive measures, ethics.

Résumé

En cas de comportement qui met en danger soi-même ou autrui, des mesures de contrainte peuvent être inévitables pour la protection des personnes dans un hôpital de soins aigus. Les directives éthiques et le cadre juridique concernant ces mesures prévoient principalement que celles-ci doivent être justifiées par des raisons liées à la personne. Dans la pratique, cependant, les raisons liées au contexte jouent également un rôle. Dans cet article, nous explorons le champ de tension entre les normes légales, les directives éthiques et la pratique clinique dans le contexte d'un hôpital universitaire suisse. Nous décrivons des stratégies pour faire face à ce champ de tension. La sensibilisation des professionnels au caractère exceptionnel des mesures de contrainte est centrale. La transparence du processus de décision et l'intelligibilité de la documentation et de l'évaluation sont également indispensables à la sauvegarde des intérêts de l'individu.

Mots clés: éthique, hôpital de soins aigus, mesures de contrainte.

Korrespondenz

Dr. Diana Staudacher
Wissenschaftliche Assistentin
Direktion Pflege und MTTB
Universitätsspital Zürich
Moussonstrasse 2
CH-8091 Zürich

E-Mail: diana.staudacher[at]usz.ch

Eingang des Manuskripts: 21. 11. 2021
Eingang des überarbeiteten Manuskripts: 11. 01. 2023
Annahme des Manuskripts: 15. 04. 2023

Referenzen

1. SAMW Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Zwangsmassnahmen in der Medizin. Bern: SAMW; 2018.
2. Affolter K, Biderbost Y, Häfeli C, et al. KOKES-Praxisanleitung Erwachsenenschutzrecht. Herausgegeben von der Konferenz der Kantone für Kindes- und Erwachsenenschutz. Zürich/St. Gallen: Dike; 2012.
3. Abraham J, Hirt J, Kamm F, Möhler R. Interventions to reduce physical restraints in general hospital settings: A scoping review of components and characteristics. *J Clin Nurs*. 2020;29:3183–200.
4. Tolson D, Morley J. Physical Restraints: Abusive and harmful. *J Amer Med Dir Ass*. 2012;13(4):311–3.
5. Fassbind P. Erwachsenenschutz. Zürich: Orell Füssli; 2012.

6. Thomann S, Hahn S, Bauer S, et al. Variation in restraint use between hospitals: a multilevel analysis of multicentre prevalence measurements in Switzerland and Austria. *BMC Health Serv Res.* 2021;21:367. doi.org/10.1186/s12913-021-06362-y.
7. Thomann S, Zwakhalen S, Richter D, Bauer S, Hahn S. Restraint use in the acute-care hospital setting: a cross-sectional multi-centre study. *I J Nur Stu.* 2021;114. doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103807.
8. Scheepmans K, Dierckx de Casterlé B, Paquay L, Van Gansbeke H, Milisen K. Reducing physical restraints by older adults in home care: development of an evidence-based guideline. *BMC Geriatr.* 2020;20(1):169.
9. Gunawardena R, Smithard D. The attitudes towards the use of restraint and restrictive intervention amongst healthcare staff on acute medical and frailty wards. A brief literature review. *Geriatrics.* 2019;4(3):50.
10. Goethals S, Dierckx de Casterlé B, Gastmans C. Nurses' decision-making in cases of physical restraint: a synthesis of qualitative evidence. *J Adv Nurs.* 2012;68(6):198–210.
11. Hamers J, Huizing AR. Why do we use physical restraints in the elderly? *Z Gerontol Ger.* 2005;38:19–25.
12. Vassallo M, Wilkinson C, Stockdale R, Malik N, Baker R, Allen S. Attitudes to restraint for the prevention of falls in hospital. *Gerontology.* 2005;51(1):66–70.
13. Staggs V, Olds D, Cramer E, Shorr R. Nursing skill mix, nurse staffing level, and physical restraint use in US hospitals: a longitudinal study. *J. Gen. Int. Med.* 2017;32:35–41.
14. Brugnolli A, Canzan F, Mortari L, Saiani L, Ambrosi E, Debiasi M. The effectiveness of educational training or multicomponent programs to prevent the use of physical restraints in nursing home settings: a systematic review and meta-analysis of experimental studies. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(18):6738.
15. Gulpers MJ, Bleijlevens MH, Ambergen T, Capezuti E, Rossum E, Hamers JP. Belt restraint reduction in nursing homes: effects of a multicomponent intervention program. *J Am Geriatr Soc.* 2011;59(11):2029–36.
16. Köpke S, Mühlhauser I, Gerlach A, Haut A, Haastert B, Möhler R, Meyer G. Effect of a guideline-based multicomponent intervention on use of physical restraints in nursing homes: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2012;307(20):2177–84.
17. Möhler R, Richter T, Köpke S, Meyer G. Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care – a Cochrane review. *J Clin Nurs.* 2012;21:3070–81.