

Minimalstandard Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Version 2.0 April 2013

Inhalt

1	Minimalstandard	3
1.1	Geltungsbereich.....	3
1.2	Verantwortung für die Umsetzung.....	3
1.3	Gesetzliche Regelung.....	3
1.3.1	Bundesverfassung (BV)	3
1.3.2	Gesundheitsgesetz Basel-Stadt.....	4
1.3.3	Erwachsenenschutzrecht	4
2	Inhalte des Minimalstandards	5
2.1	Definition Zwangsmassnahmen	5
2.2	Definition mechanische FbM.....	5
2.3	Indikationen für FbM	5
2.4	Informationen an Patienten und Angehörige	5
2.5	Ethische Überlegungen.....	6
2.5.1	Fürsorge	6
2.5.2	Respekt vor der Autonomie.....	6
2.5.3	Gerechtigkeit.....	6
2.6	Akute Gefahr	6
2.7	Absehbarer Verlauf.....	6
2.8	Anwendung von FbM.....	6
2.9	Alternative Massnahmen vor den FbM.....	7
2.10	Planung, Durchführung und Dokumentation von FbM.....	7
2.10.1	Planung von FbM.....	8
2.10.2	Durchführung von FbM	8
2.10.3	Dokumentation der Anwendung von FbM	8
2.11	Evaluation der FbM.....	8
	Impressum	9
	Anhang 1 Prozessdefinition.....	10
	Anhang 2 Kurzanleitung FbM	11

1 Minimalstandard

Der Minimalstandard zur Sicherstellung der korrekten Verordnung und Anwendung von mechanischen Freiheitsbeschränkenden Massnahmen (FbM) bei Patientinnen und Patienten regelt die Handlungssicherheit von Pflegefachpersonen und Ärztinnen/Ärzten.

Der Minimalstandard gibt die minimalste Anforderung hinsichtlich mechanischer FbM vor, die richtungweisend ist für die betroffenen Berufsgruppen. Die Abteilungen können weiterführende Regelungen treffen.

1.1 Geltungsbereich

Dieser Minimalstandard kommt bei allen sich im USB befindlichen urteilsunfähigen Patienten¹, bei denen eine FbM erwogen wird, unabhängig ihres Alters, zur Anwendung. Dieser Minimalstandard ist verbindlich, begründete Abweichungen sind zu dokumentieren.

1.2 Verantwortung für die Umsetzung

Die Konkretisierung und Umsetzung des Minimalstandards ist Auftrag jedes bettenführenden Bereichs, insbesondere der

- Pflegefachpersonen und
- Ärztinnen und Ärzte

1.3 Gesetzliche Regelung

1.3.1 Bundesverfassung (BV)

- Artikel 7: «Die Würde des Menschen ist zu achten und zu schützen.»
- Artikel 10 Absatz 2: «Jeder Mensch hat das Recht auf persönliche Freiheit, insbesondere auf körperliche und geistige Unversehrtheit und auf Bewegungsfreiheit.»
- Grundrechte dürfen eingeschränkt werden (Artikel 36 BV):
 - Gesetzliche Grundlage (muss nicht vorliegen, falls zeitliche Dringlichkeit)
 - Öffentliches Interesse: bei drohender Dritt- oder Selbstgefährdung regelmässig gegeben
 - Verhältnismässigkeit:
 - FbM nicht länger als notwendig
 - FbM nicht intensiver als notwendig (z.B. kein „Fesseln“ des gesamten Körpers ans Bett)
 - Keine Drohung mit FbM
 - Kerngehalt ist unantastbar:
 - irreversible FbM unzulässig
 - FbM als Bestrafung unzulässig
 - FbM als Selbstzweck unzulässig

¹ Die im Folgenden wegen der besseren Lesbarkeit verwendete männliche Bezeichnung schliesst vollkommen gleichgestellt auch die weibliche Form mit ein.

1.3.2 Gesundheitsgesetz Basel-Stadt

- § 15 Abs. 1: «Patientinnen und Patienten haben das Recht auf eine die Persönlichkeit schützende und respektierende Behandlung.»
- § 15 Abs. 2 Buchstabe c: Recht, «nur mit ihrer jederzeit frei widerrufbaren Einwilligung und nach vorangegangener Aufklärung behandelt zu werden.»
- Zwangsmassnahmen (zur Definition siehe Ziff. 2.1) werden nicht explizit geregelt (so gesehen mangelt es – siehe oben (Art. 36 BV) – an der gesetzlichen Grundlage. Art. 36 BV sagt aber ausdrücklich, dass zeitliche Dringlichkeit die gesetzliche Grundlage ersetzen kann. Eine solche Dringlichkeit dürfte regelmässig vorliegen, wenn es darum geht, unvorhersehbare Selbst- oder Drittgefährdung zu verhindern oder zu beenden).
- § 29:
 - Therapeutische und pflegerische Massnahmen sind in der KG festzuhalten;
 - Eine FbM als Massnahme, die therapeutische/pflegerische Massnahmen ermöglicht, ist ebenfalls einzutragen. Gerade hier ist Transparenz sehr wichtig;
 - Aus der Dokumentation muss ersichtlich sein, wer zu welchem Zeitpunkt einen Eintrag vorgenommen hat;
 - Patienten haben i.d.R. ein Recht auf eine Kopie der Dokumentation.

1.3.3 Erwachsenenschutzrecht

- Am 01.01.2013 trat das neue Erwachsenenschutzrecht in Kraft.
- Artikel 383 ZGB regelt freiheitsbeschränkende Massnahmen bei urteilsunfähigen Personen in *Wohn- und Pflegeeinrichtungen*. Ob Spitäler darunter fallen, ist zum jetzigen Zeitpunkt zweifelhaft.
- In dringlichen Fällen ergreift die Ärztin oder der Arzt medizinische Massnahmen nach dem mutmasslichen Willen und den Interessen der urteilsunfähigen Person (Art. 379 ZGB). Die Kaskade von Art. 378 Abs. 1 ZGB greift hier nicht.
- Die Behandlung einer psychischen Störung einer urteilsunfähigen Person in einer psychiatrischen Klinik richtet sich nach den Bestimmungen über die fürsorgerische Unterbringung (Art. 380 ZGB). >> Verweis auf Art. 426 ff. ZGB (Fürsorgerische Unterbringung [FU])

2 Inhalte des Minimalstandards

Nachfolgend sind die Inhalte beschrieben und in der Prozessdefinition (Anhang 1) ist die Abfolge der Schritte von der Einschätzung der Patientensituation bis zur Evaluation dargestellt. Zudem befindet sich im Anhang 2 einer Kurzanleitung für Pflegefachpersonal und Ärzte.

2.1 Definition Zwangsmassnahmen

Als Zwangsmassnahmen werden laut SAMW² alle Eingriffe bezeichnet, die gegen den erklärten Willen oder gegen Widerstand eines Menschen – oder bei Kommunikationsunfähigkeit gegen den mutmasslichen Willen – erfolgen. Darunter fallen sowohl freiheitsbeschränkende Massnahmen als auch Zwangsbehandlung.

2.2 Definition mechanische FbM

Unter mechanischen FbM wird folgendes verstanden: "... alle Gegenstände, Materialien oder Geräte, die am Körper oder in der Nähe des Körpers einer Person angebracht sind und von dieser Person nicht einfach kontrolliert oder selbständig entfernt werden können, und die die Bewegungsfreiheit einer Person und/oder den normalen Zugang einer Person zu ihrem Körper absichtlich verhindern oder verhindern sollen" (JBI, 2002³).

Wenn auf Wunsch der Patienten und/oder zu therapeutischen Zwecken Massnahmen wie Bettgitter, Sitzgurte und Steckische angebracht werden, die auch als FbM Verwendung finden können, gelten diese nicht als FbM. Beispiele für einen therapeutischen Einsatz sind: Prävention von Sturz durch unbeabsichtigtes Rollen oder Rutschen aus dem Bett oder Stuhl, Positionierung von Patienten im Stuhl oder Rollstuhl, Bettgitter zum Halt der Matratze (z.B. bei Wechseldruckmatratzen).

2.3 Indikationen für FbM

Unfähigkeit des Patienten zur Risikoeinschätzung z.B. durch eine zeitlich begrenzte Verwirrtheit oder andere kognitive Einschränkungen:

- Risiko für Unfälle und/oder Verletzungen insbesondere Sturz und Sturzverletzungen
- Risiko für ernsthafte Gesundheitsschäden, insbesondere durch Selbstentfernen von therapeutischen Zugängen, Drainagen und Materialien
- Risiko für Gefährdung des Personals durch Aggressivität des Patienten

Grundsätzlich gilt: FbM sollten erst als letzte Massnahme in Betracht gezogen werden, um eine ernsthafte Gefahr für das Leben oder die körperliche Integrität der betroffenen Person oder Dritter abzuwenden. Die Massnahmen müssen stets verhältnismässig und befristet sein.

2.4 Informationen an Patienten und Angehörige⁴

Patienten und Angehörige müssen über die möglichen Ursachen von Verwirrtheits- und Unruhezuständen, Sturzgefährdung, Weglaufgefährdung und sonstige Selbstgefährdung informiert und beraten werden. Dadurch ist ihre Mitwirkung bei der Behebung der Ursachen und bei Anwendung von Alternativen von FbM zur Risikominimierung zu fördern. Angehörige können wichtige Hinweise für Ursachenbehebung und Alternativen zu FbM geben. Ängste, insbesondere der Angehörigen, bei der Anwendung von FbM oder Alternativen zur Risikominimierung müssen durch Information abgebaut werden. Beratungsgespräche sind von Vertrauenspersonen der Pflege oder des ärztlichen Dienstes zu führen⁵. Erfolgt eine FbM, so

² Schweizerische Akademie für Medizinische Wissenschaften

³ Joanna Briggs Institute, University Adelaide (Übersetzung D. Helberg)

⁴ Die Patienten sollen wenn möglich selber bestimmen, welche Personen sie als Angehörige bezeichnen. Ansonsten ist der gesetzliche Vertreter der Patienten zuständig.

⁵ Leitfaden des Bayrischen Landespflegeausschusses (2006) Verantwortungsvoller Umgang mit freiheitsentziehenden Massnahmen in der Pflege. S. 12

müssen Patienten, Angehörige oder der gesetzliche Vertreter⁶ über die Art, Dauer und die potentiellen Risiken informiert werden.

2.5 Ethische Überlegungen

2.5.1 Fürsorge

Zeigen von Fürsorge dient dem Erhalt der Würde der Patienten durch Schutz von Leib und Leben, bzw. der persönlichen Integrität sowie die Verpflichtung, nicht zu schaden, sondern Gutes zu tun. Gleichzeitig beinhaltet sie den Versuch, das Verhalten des Betroffenen zu verstehen und allenfalls Ursachen zu behandeln und abzuklären, ob der Betroffene urteilsfähig ist.

2.5.2 Respekt vor der Autonomie

Wahlrecht und Selbstbestimmung sind auch bei Einschränkungen zu berücksichtigen. Der Patient hat Anrecht auf Information und Mitbestimmung (informed consent); gemeinsames Entscheiden (shared decision-making) ist anzustreben. Sein mutmasslicher Wille ist sorgfältig zu erheben. Angehörige sind früh zu informieren und einzubeziehen. Eine FbM soll als letzte Alternative zum Einsatz kommen.

2.5.3 Gerechtigkeit

Der Versicherungsstatus des Patienten soll keinen Einfluss darauf haben, welche Massnahmen zum Schutz ergriffen werden (z.B. FbM oder Sitzwache).

2.6 Akute Gefahr

Schnelles Handeln kann bei Gefahr von Selbst- und Fremdverletzung zur Schadensabwehr erforderlich sein. Die Pflegefachperson muss selbstverantwortlich entscheiden, ob eine Indikation für FbM besteht. Die ärztliche Verordnung ist sobald als möglich einzuholen. Auslösendes Verhalten, getroffene Massnahmen und deren Ergebnis sind sofort zu dokumentieren.

Die Zielsetzung ist, den Nutzen für den Patienten zu optimieren und ihm dabei gleichzeitig so wenig Belastungen oder Schaden wie möglich zuzufügen. Die Definition von Nutzen, Belastung und Schaden ist für den Einzelfall zu konkretisieren.

2.7 Absehbarer Verlauf

Die Entscheidung ist fachlich und interprofessionell zu treffen. Der Nutzen muss höher sein als der potentielle Schaden. Die FbM muss so viel Freiheit wie möglich gewährleisten (Bewegung, Entscheidungen) und gleichzeitig so viel Sicherheit wie nötig (Schutz vor Verletzung) bieten. Die Respektierung der Autonomie versus Fürsorge ist abzuwägen.

Insgesamt empfiehlt sich im Einklang mit den Richtlinien und Empfehlungen der SAMW⁷ Zurückhaltung bei freiheitsbeschränkenden Massnahmen und beim Einsatz von Zwang; für beides wird eine sorgfältige Begründung verlangt (vgl. Medizinische Behandlung und Betreuung von Menschen mit Behinderung. Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen).

2.8 Anwendung von FbM

Eine FbM ist immer nur zeitlich begrenzt anzuwenden. Notwendigkeit und Verhältnismässigkeit der Massnahmen sind laufend zu überprüfen und zu dokumentieren. Es wird immer die minimale Variante von FbM angewendet. Jeder vorübergehende Verzicht auf eine FbM, z.B. bei Anwesenheit von Angehörigen oder Pflegenden am Bett, ist eine potentielle Verbesserung. Der Einfluss von ökonomischen Ressourcen (Gerechtigkeit) ist stets abzuwägen. Personalmangel

⁶ Vertretungsregelung siehe Seite 4, 1.3.3 Erwachsenenschutzrecht

⁷ www.samw.ch

allein ist kein ausreichender Grund, um eine FbM anzuordnen. Allfällige absehbare Kapazitätsengpässe sind umgehend dem Vorgesetzten zu kommunizieren.

2.9 Alternative Massnahmen vor den FbM

Bevor FbM angewendet werden, müssen alle zur Verfügung stehenden Möglichkeiten von weniger einschneidenden Massnahmen zur Minimierung des Risikos geprüft und angewendet werden.

Alle umgesetzten Präventionsmassnahmen und deren Wirkung sind zu dokumentieren. Präventionsmassnahmen und Alternativen beinhalten:

- a) Lebens- und Alltagsgewohnheiten der Patienten erfragen (Angehörige oder zuständige Personen des Pflegeheims einbeziehen)
- b) Informationen nutzen, um „Gewohnheiten“ so gut als möglich einzurichten und anzubieten: Biografisch arbeiten, die Patienten „kennen“, zum Beispiel Beruf erfragen (Nachtportier oder Anwälte haben unterschiedliche Gewohnheiten)
- c) Tagesstruktur soweit als möglich der betroffenen Person anpassen
- d) Verlegung der betroffenen Person in ein Patientenzimmer in die Nähe des Pflegebüros
- e) 1:1 Betreuung durch Sitzwachen, Angehörige, Freiwilligendienst unter Verantwortung der Pflegefachpersonen (je nach Situation)
- f) Mobilisieren, wenn immer möglich
- g) Demenzkranke, die nachts umherirren: beschäftigen, validieren, Wahrnehmung fördern (Seh-/Hörhilfen geben)
- h) Bei Delir und Unruhe: Ursachen behandeln, wie Schmerzen, Ausscheidung ermöglichen (regelmässige Toilettengänge einplanen, auch Patienten mit Dauerkatheter auf die Toilette begleiten, da Demenzkranke die Funktion eines Katheters ev. nicht verstehen), Essen/Trinken anbieten, Oxygenierung beachten, validieren, Orientierung schaffen (Seh-/Hörhilfen geben)

Cave: FbM verstärken delirante Zustandsbilder!

- i) Umgebungsfaktoren beachten (Beleuchtung, Lärm, Beschallung, Reizüberflutung)
- j) Für den Patienten störende therapeutische Zugänge auf das Minimum reduzieren bzw. aus dem Gesichtsfeld entfernen und/oder abdecken und sicher fixieren
- k) Bodenpflege (Matratze auf den Boden legen, Umgebung absichern)
- l) Sturz- und Verletzungsprävention mittels Gehhilfen, Zimmermöblierung anpassen, Niedrigbetten, betroffene Patienten „türnahe“ verlegen
- m) Reserve-Medikation vorsichtig anwenden (Sedativa können Sturzgefahr fördern)

2.10 Planung, Durchführung und Dokumentation von FbM

Der Planung und Durchführung von FbM geht eine individuelle Einschätzung der Patientensituation voraus. Der Patient, resp. seine Angehörigen oder der gesetzliche Vertreter, müssen informiert werden und die ärztliche Verordnung muss vorliegen. Bei Nicht-Verfügbarkeit der Angehörigen oder des gesetzlichen Vertreters muss die Information sobald als möglich nachgeholt werden. Bei Nicht-Verfügbarkeit des Arztes muss die ärztliche Verordnung sobald als möglich nachgeholt werden.

Alternative bzw. begleitende Massnahmen zur Behebung der Ursachen für das Risiko und zur Minimierung des Risikos (z.B. alternative Massnahmen zur Prävention des Entfernens therapeutischer Zugänge durch Patienten) sind weiterzuführen.

2.10.1 Planung von FbM

Die Planung von FbM ist zu dokumentieren:

- a) Art der FbM (minimale FbM, die zur Minimierung des Risikos erforderlich ist)
- b) Dauer der FbM: kontinuierlich, zu bestimmten Zeiten oder in bestimmten Situationen
- c) Überwachung der Patienten: Frequenz festlegen (z.B. ununterbrochen, regelmässig): Unruhige Patienten und alle Patienten in Zewidecken und mit Gurten benötigen eine engmaschige, mindestens stündliche⁸ Überwachung
- d) Betreuung der Patienten während der Anwendung von FbM:
z.B. Dekubitusprophylaxe, Kommunikation mit Patienten und Angehörigen
- e) Evaluationszeitpunkt zur Situationseinschätzung festlegen: mindestens 1x pro 24h

2.10.2 Durchführung von FbM

Die Durchführung der FbM ist zu dokumentieren:

- a) Korrektes Fixieren der FbM nach Sicherheitsvorschriften, gemäss Gebrauchsanweisung, resp. Produkteinformation
- b) Strenge Überwachung der Patienten und der FbM
 - i. Patient: unruhige Patienten ununterbrochen überwachen
 - ii. FbM: Anlegung, korrekten Sitz überwachen
- c) Möglichkeit der Behandlung auf einer kontinuierlichen Überwachungsstation überprüfen

2.10.3 Dokumentation der Anwendung von FbM

Die Anwendung ist in der Patientendokumentation oder in einem separaten Formular festzuhalten (Formular Pflegedokumentation FbM⁹).

2.11 Evaluation der FbM

Die Evaluation der FbM ist zu dokumentieren:

- a) Weiterbestehen des riskanten Verhaltens: JA / NEIN?
- b) Andere Art und Weise der FbM möglich?
- c) Folgen der FbM einschätzen
- d) FbM weiter notwendig?

⁸ Dies ist als Minimalvorgabe zu verstehen. Durch sorgfältige Einschätzung der Patientensituation ist die Überwachung entsprechend zu intensivieren. Kann die Überwachung nicht gewährleistet werden, sind weitere Massnahmen einzuleiten.

⁹ Pflegedokumentation FbM kann im SRM bestellt werden

Impressum

Herausgeberin: Ressort Pflege/MTT

AutorInnen

Dorothea Helberg, Pflegeexpertin, Dipl.-Pflegepäd., Abteilung Praxisentwicklung Pflege

Veronique Jemelen, Pflegeexpertin Höfa II, Chirurgie 5.1

Anja Ulrich, Pflegeexpertin MNS, Bereichsfachverantwortliche Medizin

Conrad Wesch, Pflegeexperte BNS, OIB

Dr. iur. Thomas Gruberski, Rechtsdienst & Compliance

Dr. Irena Anna Frei, Leiterin Abteilung Praxisentwicklung Pflege

Vernehmlassung

Bereich Medizinische Querschnittsfunktionen: Prof. Dr. Hans Pargger, Chefarzt OIB

Bereich Spezialkliniken: Prof. Dr. Daniel Bodmer, Chefarzt HNO und

Anita Fumasoli, Pflegeexpertin MNS HNO

Bereich Chirurgie: PD Dr. Nicolas Bless, Oberarzt BZB

Bereich Medizin: Prof. Dr. Reto Kressig, Chefarzt AGUK

Ressort Pflege/MTT: Jacqueline Martin, Leiterin

Ressort Med. Prozesse & Qualität: Linda Szirt, Qualitätsbeauftragte

Beirat Ethik: Prof. Dr. Stella Reiter-Theil, Geschäftsführerin

Urheberrecht und Haftung

Die Unterlagen sind im Rahmen eines Auftrages für eine bestimmte Patientengruppe am Universitätsspital Basel entwickelt worden. Sie basieren auf fundierter Analyse von Patientensituationen, vertieftem Studium der Fachliteratur sowie der Auseinandersetzung mit dem lokalen Kontext. Bevor sie in einem anderen Spital zur Anwendung kommen, muss die Aktualität und die Tauglichkeit der Erkenntnisse und Empfehlungen vor Ort überprüft werden. Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Bundesgesetzes über das Urheberrecht und verwandte Schutzrechte (SR 231.1). Eine Haftung oder Garantie für die Aktualität, Richtigkeit und Vollständigkeit der zur Verfügung gestellten Informationen wird ausgeschlossen. Die Dokumente sind urheberrechtlich geschützt. Eine Verwendung der Informationen, insbesondere zur Publikation und/oder Weitergabe an Dritte, ist ohne Zustimmung des Urhebers untersagt.¹⁰

Geben Sie bei wörtlicher Zitierung sowie bei Verwendung von sinngemässen Textauszügen die Referenz wie folgt an:

Ressort Pflege/MTT (Hrsg.) (2013). Minimalstandard Freiheitsbeschränkende Massnahmen. Universitätsspital Basel

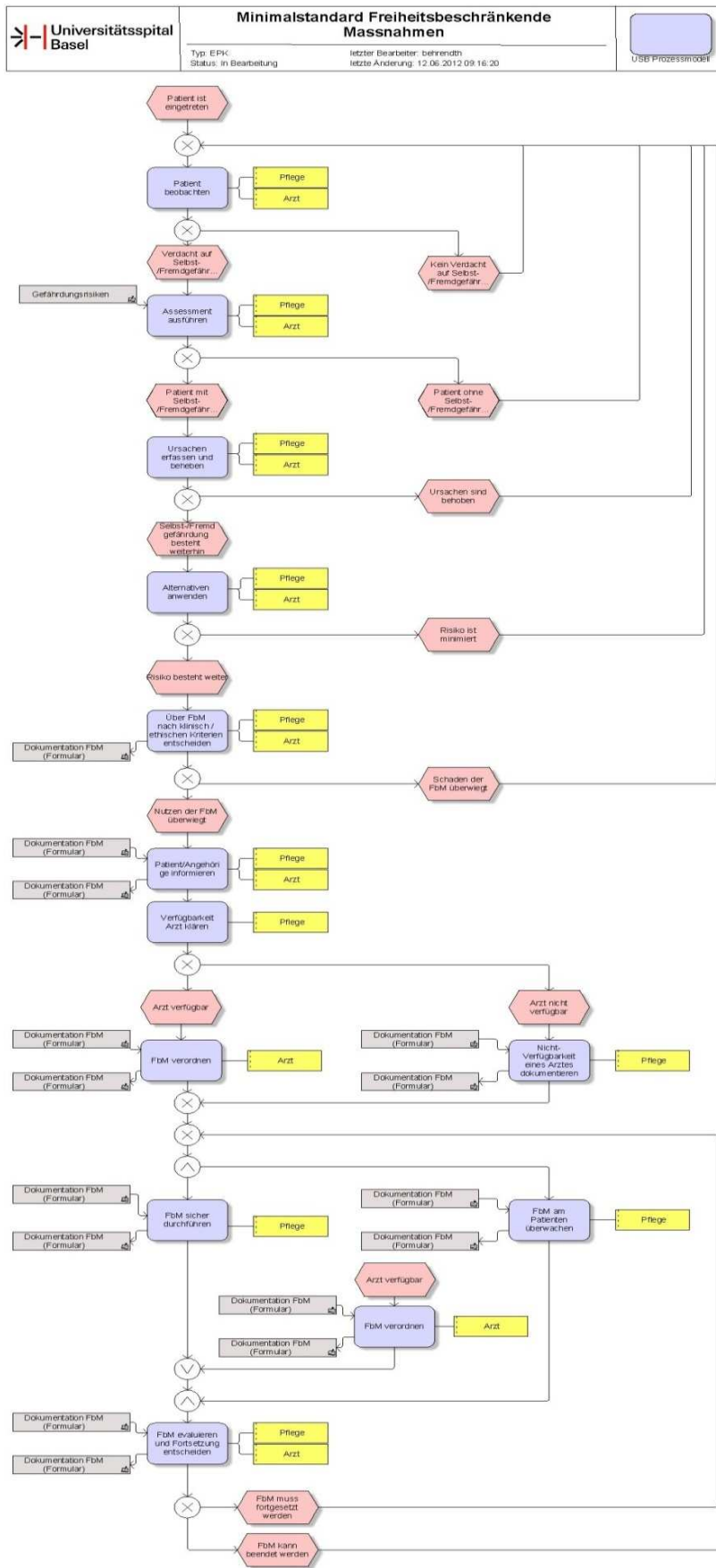
Inkraftsetzung

Der Minimalstandard Freiheitsbeschränkende Massnahmen wurde durch die Pflege-Management Konferenz (PMK) genehmigt und am 22. Oktober 2012 durch die Spitalleitung in Kraft gesetzt.

1. Die Verantwortung für die verbindliche Umsetzung des Minimalstandards FbM liegt bei den Fachbereichsleitungen Pflege und den Bereichsleitungen. Die Umsetzung erfolgt durch Leitende Ärzte und Stationsärzte, sowie durch die Stationsleitungen und Pflegefachpersonen.
2. Die Gesamtkoordination der Einführung, der Qualitätsüberprüfung und der Anpassung des Minimalstandards liegt bei den Ressorts Med. Prozesse & Qualität und Pflege/MTT.
3. Dieser Minimalstandard wird bei Einführung der Leitlinie FbM aktualisiert. Die regelmässige Überprüfung wird in der erwähnten Leitlinie geregelt.

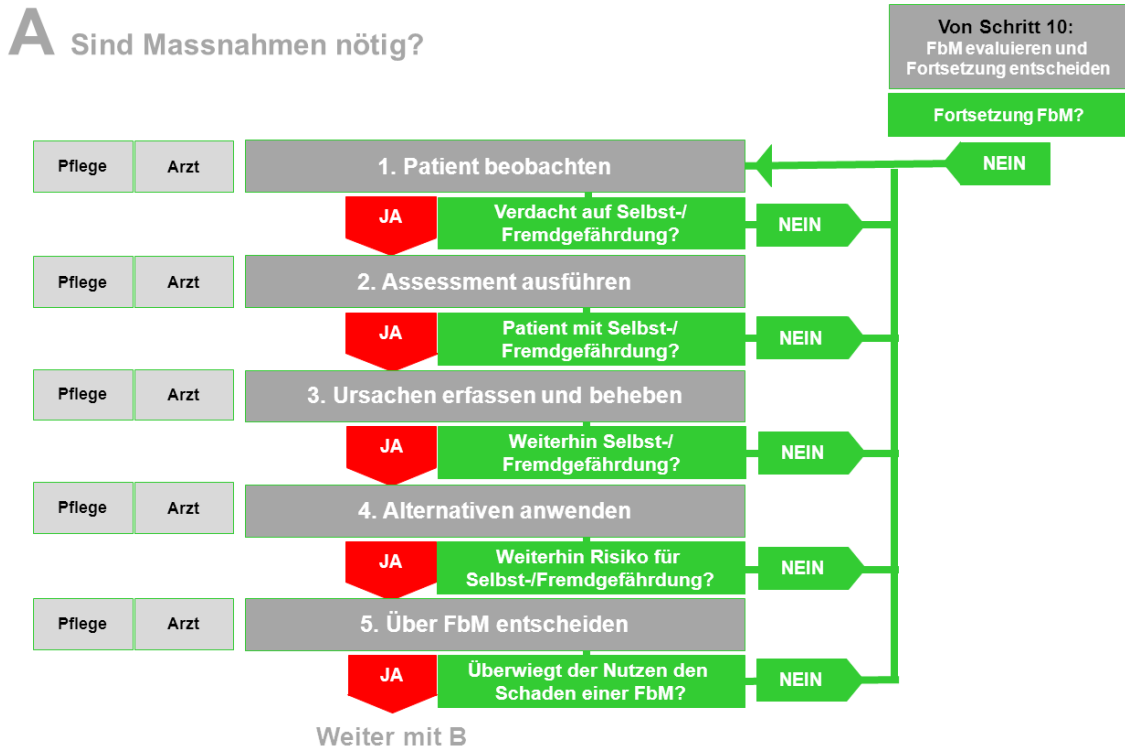
¹⁰ Rechtsdienst USB (2011)

Anhang 1 Prozessdefinition



Anhang 2 Kurzanleitung FbM¹¹

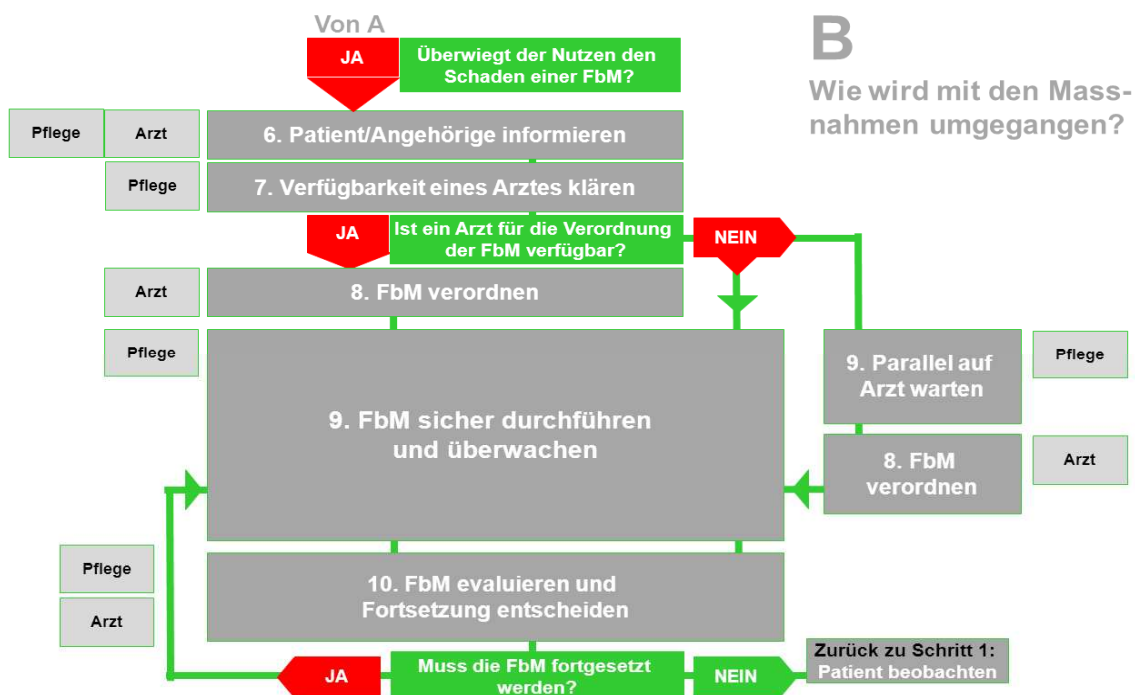
Minimalstandard Vorgehen bei freiheitsbeschränkenden Massnahmen (FbM)



Minimalstandard 'Freiheitsbeschränkende Massnahmen' - Version 2.0 April 2013



Minimalstandard Vorgehen bei freiheitsbeschränkenden Massnahmen (FbM)



Minimalstandard 'Freiheitsbeschränkende Massnahmen' - Version April 2013



¹¹ Kurzanleitung FbM kann im Taschenformat im SRM bestellt werden