



MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Moral Distress von Intensivpflegepersonal auf Grund von
freiheitsbeschränkenden Maßnahmen

verfasst von | submitted by

Doris Alsch BSc

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien | Vienna, 2024

Studienkennzahl lt. Studienblatt | Degree
programme code as it appears on the
student record sheet:

UA 066 330

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree
programme as it appears on the student
record sheet:

Masterstudium Pflegewissenschaft

Betreut von | Supervisor:

Dr. Ingeborg Eberl

Abstract

Hintergrund: Immer wieder kommt es auf Intensivstationen zu der Anwendung von Zwang in Form von vor allem mechanischen oder medikamentösen Freiheitsbeschränkungen. Dies wird vorrangig durch das Pflegepersonal angewendet, wodurch es zu einer Diskrepanz zwischen dem Wissen der adäquaten ethischen Entscheidungen oder Handlungen und dem Unvermögen dies umzusetzen kommt. Die Folge hiervon kann einerseits auf Seiten des Pflegepersonals das Erleben von Moral Distress und andererseits auf Patient:innenseite weitere negative, etwa auch psychische, Folgeerscheinungen im Genesungsverlauf sein.

Ziel: Diese Arbeit soll die Thematik, wie Pflegepersonen die Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen auf Intensivstationen für Erwachsene erleben und welche Bewältigungsstrategien sie hiermit zeigen, erstmalig beleuchten.

Methodik: Es wurde das Design einer qualitativen Herangehensweise ausgewählt. Hierbei wurden 13 leitfadengestützte Interviews mit Pflegepersonen auf unterschiedlichen Intensivstationen mit diversen Schwerpunkten im Bundesland Wien durchgeführt. Im Anschluss erfolgte eine inhaltlich strukturierte Inhaltsanalyse sowie die Auswertung der Ergebnisse.

Ergebnisse: Vor allem durch das Fehlen von alternativen Möglichkeiten, statt der Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, kommt es zu unterschiedlichen Gefühlen, wie etwa auch Schuld und ein schlechtes Gewissen. Es zeigen sich mehrere Einflussfaktoren, unter anderem eine hohe persönliche Motivation als auch eine adäquate Teamdynamik für die Möglichkeit alternative Wege zu beschreiten. Hierbei scheint auch das Vertrauen, im Team sowie zwischen den diversen Berufsgruppen essenziell zu sein. Die Pflegepersonen versuchen durch unterschiedliche Bewältigungsstrategien, wie etwa die Verniedlichung von Begriffen, oder etwa auch das Einnehmen von unterschiedlichen Rollen, mit solchen Situationen umzugehen.

Diskussion: Es wird immer wieder vom Pflegepersonal erwähnt, dass es vor allem durch Supervision aber auch durch das allgemeine Bewusstsein über diese Thematik zu einer Reduktion kommen kann. Auch der Mangel an Wissen in der Pflegeausbildung wird kritisch betrachtet.

Schlüsselwörter: freiheitsbeschränkende Maßnahmen, Intensivpflege, Moral Distress

Abstract

Background: The use of restraint, particularly in the form of mechanical or medical restrictions of freedom, occurs time and again in intensive care units. This is mainly applied by nursing staff, which leads to a discrepancy between the knowledge of adequate ethical decisions or actions and the inability to implement them. The consequence of this can be the experience of moral distress on the part of the nursing staff on the one hand and further negative, including psychological, consequences for the patient during the course of their recovery on the other.

Aim: This study is the first to shed light on the topic of how carers experience the use of measures that restrict freedom in adult intensive care units and what coping strategies they use.

Methods: A qualitative approach was chosen for the design. This involved conducting 13 guided interviews with nursing staff in various intensive care units with different specialisations in the province of Vienna. This was followed by a structured content analysis and evaluation.

Results: Above all, the lack of less severe means instead of the use of measures that restrict freedom leads to various different feelings, such as guilt and a guilty conscience. There are several influencing factors, such as high personal motivation as well as adequate team dynamics for the possibility of pursuing alternative paths. Trust within the team and between the various professional groups also appears to be essential. The carers try to deal with such situations using different coping strategies, such as trivialising terms or taking on different roles.

Discussion: Nursing staff repeatedly mention that supervision in particular, but also general awareness of the issue, can lead to a reduction. The lack of knowledge in nursing training is also viewed critically.

Keywords: physical restraint, medical restraint, intensive care unit, moral distress

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	6
1.1	Relevanz und Problemstellung	6
2.	Theoretischer Hintergrund.....	10
2.1	Pflegewissenschaftliche Relevanz.....	11
2.2	Freiheitsbeschränkende Maßnahmen.....	13
2.3	Moral Distress.....	18
2.4	Fragestellung und Zielsetzung.....	20
3.	Methodik.....	21
3.1	Forschungsansatz und Design	21
3.2	Literaturrecherche.....	21
3.3	Datenerhebung	22
3.4	Stichprobe und Setting.....	24
3.5	Feldzugang und Rekrutierung.....	25
3.6	Datenauswertung.....	25
3.7	Gütekriterien	27
3.8	Ethische und datenschutzrechtliche Aspekte.....	29
4.	Ergebnisse	31
4.1	Demographische Informationen.....	31
4.2	Allgemeine Informationen der Freiheitsbeschränkungen.....	32
4.2.1	Formen und Auswahl der Freiheitsbeschränkung.....	32
4.2.2	Dokumentation und Indikationsstellung der Freiheitsbeschränkung	36
4.2.3	Bewusstsein bezüglich der Thematik der Freiheitsbeschränkungen.....	38
4.3	Auswirkungen und Umgang mit der Situation	39
4.3.1	Auswirkungen auf Patient:innen.....	39
4.3.2	Auswirkung auf Angehörige	41
4.3.3	Auswirkungen auf das Personal.....	42
4.3.4	Umgangsstrategien des Personals	45
4.4	Teamdynamik	47
4.5	Veränderungsmöglichkeiten	50
5.	Diskussion.....	54
5.1	Interpretation der Ergebnisse und Beantwortung der Forschungsfrage.....	54
5.2	Stärken und Limitationen	56
5.3	Empfehlungen für weiterführende Forschung und die Praxis	57
	Literaturverzeichnis	61
	Anhang 1.....	70
	Anhang 2.....	73
	Anhang 3.....	78

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchstrings der Literaturrecherche, eigene Darstellung.....	22
Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien Interviewpartner:innen, eigene Darstellung	24
Tabelle 3: Eigene Darstellung nach Kuckartz (2016)	26
Tabelle 4: demographische Informationen Interviewpartner:innen, eigene Darstellung	31

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flowchart mit Hilfestellungen bei möglicher Indikation/Durchführung von eingrenzenden Maßnahmen, in Jöbges et al. (2022)	12
Abbildung 2: Beispielhaftes Protokoll bei der Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, eigene Darstellung	60

1. Einleitung

Gerade die Intensivstationen stellen einen sehr spezialisierten Bereich in der medizinischen und pflegerischen Versorgung dar. Daher können in diesem Setting unzählige Handlungsempfehlungen sowie starre Strukturen identifiziert werden. Dies scheint einen der essenziellen Schlüsselfaktoren für die Versorgung der kritisch kranken Patient:innen darzustellen und zeigt hiermit auch einen gewissen Aspekt der Sicherheit für jene Patient:innen auf (Alber, 2022, Waydhas et al., 2022).

Um sich ein besseres Bild über die Anzahl der hiervon betroffenen Personen aus Österreich zu verschaffen, können einige Zahlen von Statistik Austria dies gut verdeutlichen. Im Jahr 2022 wurden laut Statistik Austria in Österreich 2731 systemisierte Intensivbetten registriert. Dies zeigt die durch die Institutionen zur Verfügung gestellten Betten, wobei lediglich 2609 dieser tatsächlich belegt wurden (Statistik Austria, 2024). In dem darauf folgenden Jahr, 2023, konnten in Österreich lediglich nur mehr 2554 Intensivbetten, wobei sich hiervon 694 im Bundesland Wien befinden, verzeichnet werden (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2024). Zudem sollte hierbei ebenfalls erwähnt werden, dass die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patient:innen auf der Intensivstation 10,5 Tage beträgt und die Bettenbelagstage, also jene Anzahl der Tage die alle Patient:innen auf der Intensivstation verbringen in Summe 650.599 Tage betrug (Statistik Austria, 2024).

1.1 Relevanz und Problemstellung

Vor allem durch die hohe Spezialisierung dieses Intensivsettings, wie etwa durch die Notwendigkeit einer hohen Expertise, sowie der genauen personellen, strukturellen, aber auch apparativen Empfehlungen und Vorgaben, steht vor allem im Kontext der Intensivpflege ein patientenzentrierter Ansatz. Hierzu muss jedoch erwähnt werden, dass es auch in diesem Bereich immer wieder zu Aggression, Gewalt und der Anwendung unterschiedlicher Zwangsmaßnahmen durch das medizinische Personal kommt. Gerade auf Intensivstationen, bei denen meist ein besserer Personalschlüssel als auf Normalstationen vorzufinden ist, wird auf personenzentrierte Arbeit Wert gelegt. Unter diesem Ansatz versteht man etwa das Inkludieren aller Beteiligten, zusätzlich zu den Patient:innen, wodurch es zu einer positiven Pflegeerfahrung kommen kann. Durch eine Verkettung dieser Komponenten, aber auch das dadurch positiv wahrgenommene Arbeitsklima, kann es zu einer Reduktion des Erlebens von Moral Distress des Pflegepersonals kommen. Im Zuge der Patient:innenautonomie lässt sich ebenfalls erwähnen, dass hierbei ein Zusammenhang zwischen der personenzentrierten Arbeit, vor allem auch im intensivmedizinischen Setting anzutreffen, besteht. Gerade auch im

Ethikkodex des International Council of Nursing wird die Unmöglichkeit der Trennung von der Achtung der Menschenrechte mit der Pflege verdeutlicht. Dies steht massiv im Kontrast zu dem Aufzwingen eines anderen Willens, wie etwa bei der Ausführung von Zwangsmaßnahmen, denn gerade hier sollte der/die Patient:in im Mittelpunkt stehen. Zudem erzielt die personenzentrierte Arbeit in einem engen Zusammenspiel mit mehreren Berufsgruppen einen besseren Erfolg. Meist werden die Zwangsmaßnahmen eher im Zusammenhang mit der Psychiatrie in Betracht gezogen (Alber, 2022, Coulter & Oldham, 2016, Dach & Mayer, 2023, International Council of Nurses, 2021, Jöbges & Biller-Andorno, 2021, Vedana et al., 2018, Waydhas et al., 2022, Wolf-Braun & Wilke, 2015).

Zudem ist in den österreichischen Grundrechten das Recht auf persönliche Freiheit, eines jeden Bürgers, verankert (Grundrechte, 2023). Abgesehen hiervon erfolgt zum Schutz der persönlichen Freiheit eine klare Reglementierung sowie Definition der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, die im Heimaufenthaltsgesetz in Österreich definiert werden. Es darf ausschließlich eine beschränkende Maßnahme, sowohl durch Pflege- als auch durch medizinisches Personal, durchgeführt werden, um eine Gefahr abzuwehren. Jedoch ist bereits die Androhung der Freiheitsbeschränkung als eine solche zu werten (Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Heimaufenthaltsgesetz, Fassung 30.01.2024, 2004). Demnach sollte sowohl die Abwehr der Gefahr als auch der Geltungsbereich der Intensivstationen, da hier kaum Patient:innen auf Grund ihrer psychischen Erkrankung betreut werden, kritisch betrachtet und jeweils individuell ausgelegt werden kann.

Des Weiteren wird eine freiheitsbeschränkende Maßnahme im Heimaufenthaltsgesetz von 2023 wie folgt definiert:

„§3. (1) Eine Freiheitsbeschränkung [...] liegt vor, wenn eine Ortsveränderung einer betreuten oder gepflegten Person [...] gegen oder ohne ihren Willen mit physischen Mitteln, insbesondere durch mechanische, elektronische oder medikamentöse Maßnahmen, oder durch deren Androhung unterbunden wird“. (Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Heimaufenthaltsgesetz, Fassung 30.01.2024, o.S.)

Zwang im medizinisch-pflegerischen Setting kann zudem unterschiedlich wahrgenommen werden, von der Durchführung diverser Untersuchungen, bis hin zu fixierenden Maßnahmen oder medikamentöses Ruhigstellen. Diese Anwendung von Zwang wird meist mit dem

Erreichen eines höher geordneten Therapieziels beziehungsweise der Genesung gerechtfertigt. Doch gerade das Ungleichgewicht zwischen dem Wissen der Pflege als Berufsgruppe, welche schützenden Maßnahmen für die Patient:innen am besten sind und dem Verlust der Patient:innenwürde öffnet die Möglichkeit eines Spannungsfelds (Jöbges & Biller-Andorno, 2021).

Aus all diesen diversen Umständen kann es rasch zum Entstehen eines Moral Distress bei Pflegepersonal kommen, wobei hierbei ein Ungleichgewicht zwischen dem Wissen über die korrekte Handlung und der Unfähigkeit, aufgrund von unterschiedlichen strukturellen Hürden dies durchzuführen, entsteht (Klotz et al., 2022). Gerade durch diesen Moral Distress kann es zu einer Vermeidung von gewissen Patient:innen kommen, das Gewaltpotential des Pflegepersonals steigen oder das Entstehen anderer Emotionen, wie etwa, abgesehen von der Wut, auch Frustration im Sinne von aggressiverem Pflegen. Hierunter versteht man vor allem einen weniger empathischen Umgang, grobe Pflegehandlungen, aber auch das weniger häufige ins Zimmer gehen oder Kolleg:innen bitten, den Patient:innenkontakt zu übernehmen, wobei dies wiederum zu Schuldgefühlen des Pflegepersonals führen kann und im schlimmsten Fall sogar zum Ausscheiden aus dem Beruf. Zudem kann bereits in anderen Settings der Pflege nachgewiesen werden, dass in Anbetracht anderer Aspekte, wie etwa das Arbeitsumfeld oder auch traumatische Ereignisse - Gewalt und Aggression - einen Beitrag zu einer hohen Personalfuktuation leisten (McDermid et al., 2020, Whitehead et al., 2015, Wilkinson, 1987).

Vor allem auch durch die unzähligen negativen Vorfälle und Skandale im Bereich der Psychiatrie, besonders auch mit den sogenannten Netzbetten, also jene Betten, bei denen ein Netz um die Metallstangen gespannt wird, wodurch ein Verlassen des Betts unmöglich gemacht wird oder der mechanischen Fixierung, werden durch mehrere Organisationen wie etwa das Netzwerk Aggressionsmanagement im Gesundheits- und Sozialwesen (NAGS-Austria) oder Restraint Reduction Network (RRN) die Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen kritisch betrachtet und hinterfragt werden. Dadurch kommt es zu einem Schutz der Patient:innenrechte und durch solche Vereinigungen können auch alternative Strategien aufgezeigt werden. Zudem konnten in dem deutschsprachigen Bereich der Zwangsmaßnahmen diverse S3-Leitlinien erarbeitet werden, wie etwa jene der schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften. Dies stellt jedoch vor allem eine Zusammenfassung des rechtlichen Aspekts dar sowie der unterschiedlichen Anwendungsmöglichkeiten von Freiheitsbeschränkungen. Daher kann eine solche Leitlinie

vor allem als Orientierungshilfe für diverse medizinische Fachberufe dienen, die wohl individuell zu treffende Entscheidung kann jedoch niemanden abgenommen werden (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, 2019).

2. Theoretischer Hintergrund

Ganz allgemein kann erwähnt werden, dass der Begriff Zwang unterschiedliche Bedeutungen aufzeigt, jedoch in jedem Fall eine Überwindung des persönlichen Willens inkludiert ist. Zusätzlich sollte erläutert werden, dass der Wille eine Fähigkeit darstellt, aber auch die Handlung oder deren Unterlassung und somit zwei Komponenten inkludiert. Bei dem Anwenden von diesem Zwang wird zwischen freiheitsbeschränkenden und freiheitsentziehenden Maßnahmen sowie der Zwangsbehandlung unterschieden. Diese beiden Begriffe werden oft als Synonyme verwendet, meinen jedoch in der korrekten Weise zwei unterschiedliche Dinge, denn eine Freiheitsentziehung liegt immer dann vor, wenn der selbstständige Ortswechsel einer Person entweder durch mechanische oder medikamentöse Maßnahmen verhindert wird. In den meisten Quellen wird jedoch die Freiheitsentziehung als Maßnahme, in der eine Fixierung stattfindet, definiert. Zudem wurde hier in der deutschsprachigen Literatur eine explizite Differenzierung vorgenommen, um die Tiefe einer solchen Einschränkung zu verdeutlichen. Fraglich ist hierbei, ob es zu einer unklaren Verwendung der beiden Begriffe durch die Übersetzungen aus der englischen Literatur kommt. Die Unterscheidung der jeweiligen Formen ist je nach deutschsprachiger Literatur immer ein wenig abweichend, jedoch wird meist zwischen direkter, unmittelbarer oder auch körpernaher Gewalt, sowie Zwang durch die Einschränkung der Umgebung oder Bewegung oder auch körperfernen freiheitsentziehenden Maßnahmen unterschieden (Deutscher Ethikrat, 2018, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, 2019, Halmich, 2017, Jöbges & Biller-Andorno, 2021, Popper et al., 2021, Teece et al., 2020).

Unter diesen versteht man meist jene Einschränkungen wie etwa Bettgitter sowie das Bremsen eines Rollstuhls, aber auch jene Umwelteinflüsse wie etwa Monitore, Geräte oder im Allgemeinen die Umgebung sowie Isolierungszimmer oder auch abgeschlossene Türen und Zimmer und somit das Hindern der Patient:innen am Verlassen eines Bereiches oder das Entfernen der Patient:innenglocke. Zu den direkten freiheitsentziehenden Maßnahmen zählen unter anderem das Aufzwingen gewisser Therapien, also all jene Einschränkungen der Mobilität im Sinne der mechanischen Fixierungen wie etwa mittels Gurten. Hierbei findet meist eine Fixierung eines Handgelenks oder beider Handgelenke statt. Falls dies jedoch nicht ausreicht, können ebenfalls die Füße fixiert werden, oder es findet hierbei eine sogenannte Fünfpunkt-Fixierung statt, wobei hier die Patient:innen zusätzlich mittels eines Brustgurtes mit dem Thorax in ihrer Bewegung eingeschränkt werden (Deutscher Ethikrat, 2018, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und

Nervenheilkunde, 2019, Halmich, 2017, Jöbges & Biller-Andorno, 2021, Popper et al., 2021, Teece et al., 2020).

Hier zählen zum Teil die medikamentösen Maßnahmen ebenfalls dazu, werden jedoch oftmals in der Literatur als eigenständige Kategorie gezählt. Hierzu zählen vor allem jene Medikamente, die alle Patient:innen antriebslos, beruhigend oder auch schläfrig machen, wie etwa Sedativa, Antipsychotika, Tranquilizer, Neuroleptika oder andere psychotrope Medikamente (Deutscher Ethikrat, 2018, Jöbges & Biller-Andorno, 2021, Teece et al., 2020). Jedoch kommt dies meist seltener in den Sinn, da auf der Intensivstation immer eine Verordnung der Medikamente zugrunde liegt, wo oftmals diese beruhigenden Medikamente bereits eingeschlossen werden oder die Verwendung wird häufig aufgrund der motorischen Unruhe oder einem hyperaktiven Delir begründet. Ein weiterer Aspekt, der nicht außer Acht gelassen werden sollte, ist die Anwendung von psychischem Zwang, wie etwa den Patient:innen das Gefühl des Ausgeliefertseins, Abhängigkeit, Schmerzen, Drohungen oder auch das Unterlassen einer Kommunikation (Deutscher Ethikrat, 2018, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, 2019, Halmich, 2017, Jöbges & Biller-Andorno, 2021, Popper et al., 2021, Teece et al., 2020). In folgender Arbeit wird trotz der Differenzierung der beiden Begriffe die Bezeichnung der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen als Überbegriff aller Maßnahmen gewählt und inkludiert hier die mechanischen und medikamentösen freiheitsentziehenden Maßnahmen.

2.1 Pflegewissenschaftliche Relevanz

Allgemein kann erläutert werden, dass die in der Literatur lediglich oft die Problematik der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen aufzeigen, jedoch nicht die Sichtweise des Pflegepersonals und den daraus resultierenden Umgang mit der Thematik sowie möglicherweise entstehende Belastung beschreibt oder dies meist nur im psychiatrischen Setting beleuchtet wird, jedoch dem Intensivbereich kaum Beachtung geschenkt wird (Korkeila et al., 2016). Durch die Bearbeitung dieser Thematik können Schlussfolgerungen gezogen werden, die zu einer Senkung der Arbeitsbelastung führen. Hierdurch wird vor allem auch Wert auf das psychische Wohlbefinden der Mitarbeiter:innen gelegt, wodurch auch Krankenstände oder Ausfälle durch Berufswechsel vorgebeugt wird. Es können Präventionsprogramme oder Supervision besser etabliert werden, da vor allem erstmals ein Bewusstsein für die Thematik geschaffen und somit Aufmerksamkeit darauf gelenkt wird. Abgesehen hiervon kann durch das geschaffene Bewusstsein etwa auch genauer reflektiert

werden, weshalb freiheitsbeschränkende Maßnahmen stattfinden und es zu einer Reduktion der Zwangsanwendungen kommen kann, wodurch schlussendlich ein besseres Ergebnis und womöglich eine geringere Anzahl an posttraumatischen Belastungsstörungen von Patient:innen erreicht werden kann (Gawlytta et al., 2017).

Ein weiterer Aspekt ist jener, dass kaum eine einheitliche Vorgehensweise oder Checklisten für die Anwendung der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen vorhanden sind. Falls dies jedoch trotzdem der Fall ist, weisen sie eine unglaubliche Komplexität auf, um alle wesentlichen Komponenten zu inkludieren und es sich die Frage stellt, wie dies in einer akuten Situation abgearbeitet werden kann. Wie etwa auch die nachstehende Abbildung 1 verdeutlicht, in der eine Vielzahl an Möglichkeiten abgebildet werden, wodurch eine gewisse Komplexität daraus resultiert.

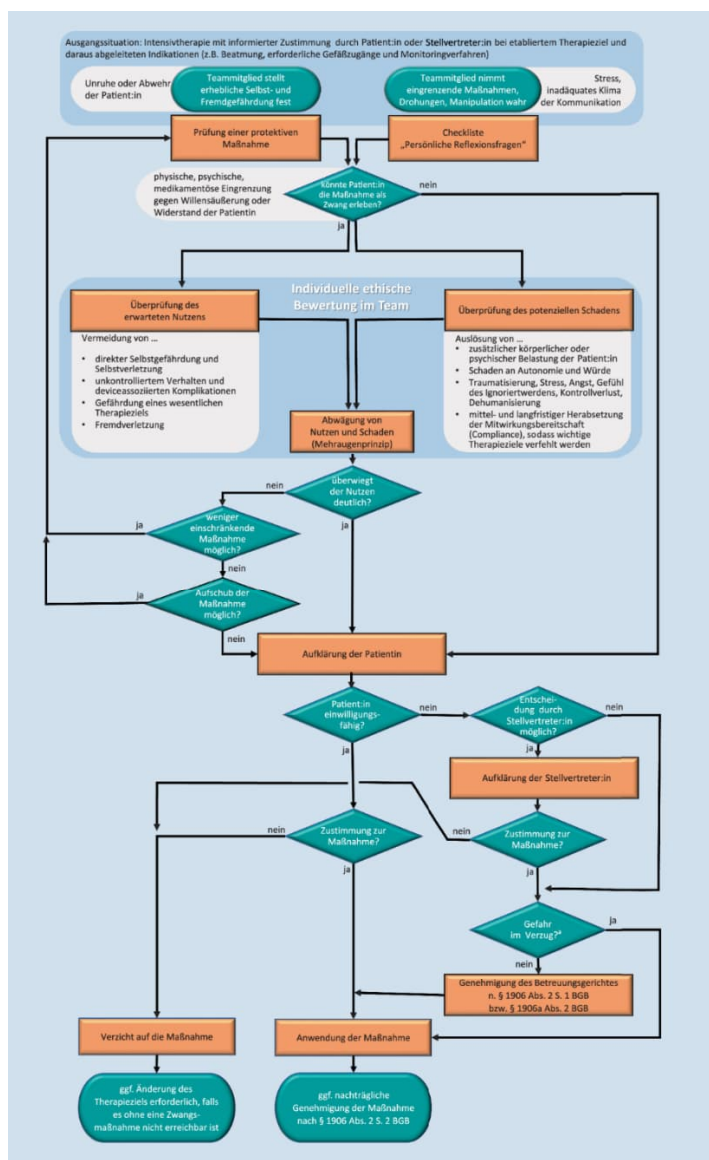


Abbildung 1: Flowchart mit Hilfestellungen bei möglicher Indikation/Durchführung von eingrenzenden Maßnahmen, in Jöbges et al. (2022)

2.2 Freiheitsbeschränkende Maßnahmen

Begründet wird die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen meist mit unterschiedlichen Gründen. Hierbei wird etwa das übergeordnete Ziel des Erreichens der Wiederherstellung der Gesundheit oder eben das Therapieziel begründet. Zudem wird es oft mit der Beschreibung des Gesundheitszustands der Patient:innen begründet, wie etwa auf Grund von Verwirrtheit, wie dem Delir, körperliche oder psychische Erkrankungen sowie hierbei Selbstverletzung der Verletzung des Personals. Im Zuge dessen sollte jedoch ebenfalls erwähnt werden, dass gerade durch die invasiven Zugänge lebensbedrohliche Komplikationen durch eigenständiges Entfernen durch die Patient:innen selbst entstehen können, wie etwa auch der Selbst-Extubation, weshalb es häufig zu einer Schutzfixierung sowie dem medikamentösen Ruhigstellen kommen kann, um die intensivmedizinische Therapie bestmöglich fortführen zu können. Freiheitsbeschränkende Maßnahmen werden vor allem dadurch definiert, dass auf Grund dessen eine Einschränkung in der Bewegung besteht. Sie werden vor allem zur Verhinderung einer Selbstgefährdung, selten einer Fremdgefährdung, angewendet. Unter die Kategorie der Bewegungseinschränkung fallen, abgesehen von den mechanischen Anwendungen, ebenfalls die Medikamentösen (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, 2019, Hoff et al., 2015, Jöbges & Biller-Andorno, 2021).

Einen anderen Aspekt stellt die Zwangsbehandlung dar, bei der vor allem medizinische Maßnahmen angewendet werden, um den Gesundheitszustand wiederherzustellen. Daher sollten diese Anwendungen unter gewissen Gesichtspunkten, wie etwa die Beachtung der Patient:innenautonomie und somit auch deren Selbstbestimmung, stattfinden. Es zeigt sich daher eine Diskrepanz zwischen der Verpflichtung des medizinischen Personals, sein Wohl zu fördern und ebenfalls keinen Schaden zuzuführen. Demnach sollte eine enge ethische Indikation für die Anwendung von Zwang gesetzt werden. Es muss vor allem beachtet werden, dass bei der Wahl zweier geeigneter Maßnahmen immer auf die für den/die Patient:in weniger belastende Maßnahme fallen sollte. Durch die permanente Überwachung auf einer Intensivstation kann keiner der Patient:innen selbstständig ohne Pflegeperson das Bett verlassen, da meist eine Vielzahl an Kabeln, Schläuchen und Zugängen vorhanden ist, wodurch die Patient:innen auch hier schon eine Einschränkung in ihrer Eigenständigkeit sowie Entscheidungsfreiheit erleben (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, 2019, Hoff et al., 2015, Jöbges & Biller-Andorno, 2021, Kassew et al., 2020, Luk et al., 2015, Nomali et al., 2022, Perez et al., 2019; Salehi et al., 2020, Slack et al., 2022).

Erschreckend hoch sind jedoch trotzdem in diesem Zusammenhang die Fallzahlen, hierbei liegt die Anwendung von Zwangsmaßnahmen international zwischen 30% und 80%, wobei in manchen Ländern es beinahe in Richtung 100% geht, wie etwa Italien oder Portugal (Perez et al., 2019; Salehi et al., 2020, Slack et al., 2022). Gründe oder auch Argumente hierbei sind vor allem auch der unterschiedliche neurologische Zustand der Patient:innen, wie etwa Agitation, Unruhe sowie die Verwendung der Zwangsmaßnahmen als präventive Maßnahme, wobei dies meist im Zusammenhang mit vorherigem ziehen am Tubus oder auch an anderen zentralen Zugängen beobachtet wurde. Zusammenfassend kann jedoch festgehalten werden, dass meistens Agitation und Unruhe der Patient:innen, mit zum Teil etwa 65% der Patient:innen, die eine Freiheitsbeschränkung erleben, die häufigsten Gründe für die Anwendung von Zwang benannt wurden (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, 2019, Hoff et al., 2015, Jöbges & Biller-Andorno, 2021, Kasew et al., 2020, Luk et al., 2015, Nomali et al., 2022, Perez et al., 2019; Salehi et al., 2020, Slack et al., 2022).

Ein weiterer interessanter Aspekt ist jener, dass ein Zusammenhang zwischen geringer Berufserfahrung und hoher Anzahl von Schutzfixierungen betrachtet werden kann. Hierbei kristallisierte sich einerseits der Aspekt der fehlenden Trainings vor allem in der Ausbildung heraus und andererseits konnten Pflegepersonen mit längerer Berufserfahrung oftmals das Verhalten der Patient:innen besser einschätzen und frühzeitig präventive Gegenmaßnahmen setzen. Jedoch zeigt sich im Gegensatz hierzu kein Unterschied zwischen Berufseinsteiger:innen und Pflegepersonal mit langjähriger Erfahrung im Prozess des Abwägens der Indikation für fixierende Maßnahmen (Kasew et al., 2020). Zudem spielen andere Einflussfaktoren, wie etwa die wöchentliche Arbeitszeit, Arbeitsschichten, im Sinne von Tag- oder Nachtdiensten der Pflegeperson, der Personalschlüssel, die Ausbildung aber auch die allgemeine Haltung bezüglich Zwangsmaßnahmen. Diese Haltung spiegelt sich oft auch in der allgemeinen Haltung des Teams wieder, wie gut das herausfordernde Verhalten von Patient:innen ausgehalten wird (Kısacık et al., 2020). Des Weiteren kann ein wesentlicher Unterschied zwischen den jeweiligen Intensivstationen mit ihren Spezialisierungen betrachtet werden, denn etwa jenes Pflegepersonal, das auf kardiologischen Intensivstationen arbeitet, weißt die höchste Zahl an Schutzfixierungen auf, im Vergleich zu chirurgischen Intensivstationen. Hierbei sollte jedoch ebenfalls erwähnt werden, dass lediglich Patient:innen mit einem Insult eine höhere Wahrscheinlichkeit aufweisen ein Delir zu entwickeln, direkt darauf folgen jene Patient:innen mit kardialen und pulmonalen Erkrankungen (Hahn, 2024,

Jöbges et al., 2022, Kassew et al., 2020, Kısacık et al., 2020, Perez et al., 2019, Weinrebe et al., 2016).

Da das Anwenden einer solchen Zwangsmaßnahme meist in einer sehr schwierigen Situation, auch für das Pflegepersonal angewendet, wird, kommt es hierbei immer wieder auch zu Komplikationen sowie Risiken bei Patient:innen, zudem konnten in vielen Quellen ebenfalls die wesentlichen Auswirkungen solcher Zwangsmaßnahmen auf die Patient:innen aufgezeigt werden. Hierbei gibt es eine Bandbreite von Komplikationen wie etwa, dass die Patient:innen versuchen sich aus der Fixierung zu lösen bis hin zu nachgewiesenen Todesfällen (Berzlanovich et al., 2012, Egerod et al., 2015, Johnson et al., 2016, Pan et al., 2018, Slack et al., 2022, Weinrebe et al., 2016).

Gerade im Bereich der Anwendung von fixierenden Maßnahmen kann es zu Verletzungen und Wunden durch falsches Anlegen der Gurte kommen, hierbei gilt sowohl das zu straffe als auch zu lockeres Festbinden, wodurch es zu einer Schädigung der Haut oder Nerven sowie Gefäße kommen kann. Hierzu zählen etwa Abschürfungen, Blutergüsse, Druckgeschwüre, Nervenläsionen oder aber auch Frakturen. Weitere Komplikationen hierbei zeigen sich vor allem auch durch die Einschränkung der Mobilität wie etwa Thrombosen der Beine, Kontrakturen oder auch Pneumonien, zudem kann die Immobilität bei den Patient:innen vor allem auch einen psychischen Stress auslösen, wodurch es zu einer Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten kommen kann (Berzlanovich et al., 2012, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, 2019, Egerod et al., 2015, Hofsø & Coyer, 2007, Johnson et al., 2016, Pan et al., 2018, Slack et al., 2022, Weinrebe et al., 2016).

Wie bereits erwähnt, kann es ebenfalls bei der Anwendung der Schutzfixierung zu Todesfällen kommen, wobei Ursachen hierbei Strangulation oder eine Kompression des Thorax darstellt, hier kam es meist zu einer nicht korrekten Anwendung der Produkte. Gerade hier zeigt sich oft ein großer Mangel an Wissen seitens des Pflegepersonals (Berzlanovich et al., 2012). Abgesehen von diesen meist körperlichen Auswirkungen, zeigen Patient:innen ebenfalls eine Vielzahl an psychischen Aspekten auf. Etwa wird darüber berichtet, dass ein Zusammenhang zwischen erhöhter Sedierung und Erinnerungslücken sowie der Entstehung einer posttraumatischen Belastungsstörung der Patient:innen nach einem Intensivstationsaufenthalt besteht (Slack et al., 2022). Um diese traumatischen Erlebnisse besser verarbeiten oder das Verarbeiten erleichtern zu können, wird immer wieder auch die Wichtigkeit der Menschlichkeit, Fürsorge und einfühlsamen Pflege hervorgehoben. Durch das

Anwenden von medikamentösem Zwang kann es zudem zu einer erneuten Verwendung eines endotrachealen Tubus als Komplikation kommen. Zudem kann bereits gezeigt werden, je länger Patient:innen fixiert werden, umso höher steigt das Risiko zusätzlich ein Delir zu entwickeln, etwa wenn Patient:innen länger als sechs Tage fixiert werden, zeigen sie ein 26%ig höheres Risiko ein Delir zu entwickeln. Wobei jedoch bereits bei einmaliger Fixierung das Risiko hierfür ansteigt (Slack et al., 2022, Weinrebe et al., 2016). Zudem sollte hierbei ebenfalls erwähnt werden, dass gerade auch ein Delir mit einerseits erhöhten Personalkosten, da mehr Personal benötigt wird sowie eine vermehrte Dokumentation stattfindet, wobei hier von 260 Minuten extra gesprochen wird, und andererseits mit allgemeinen Krankenhauskosten, auf Grund von erhöhten Material- oder Medikamentenkosten oder eben auf Grund einer längeren Liegedauer, zu rechnen ist, da etwa Patient:innen, die ein Delir entwickeln, im Durchschnitt ungefähr viereinhalb Tage länger hospitalisiert werden, als jene ohne Delir (Berzlanovich et al., 2012, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, 2019, Egerod et al., 2015, Hofsø & Coyer, 2007, Johnson et al., 2016, Pan et al., 2018, Slack et al., 2022, Weinrebe et al., 2016).

Es konnte jedoch gezeigt werden, dass einerseits eine gute Kommunikation, zur gemeinsamen Bewältigung von herausfordernden Situationen, innerhalb des Teams und andererseits eine klare Aufklärung und Erklärung der Patient:innen wesentlich zu einer Reduktion der Anwendung von Zwangsmaßnahmen führen konnte. Zudem können durch die Einführung diverser Standards sowie Richtlinien mit unterschiedlichen Indikationen, zu einer Reduktion von Zwangsmaßnahmen führen (Jöbges et al., 2022, Lin et al., 2018).

Gerade auch ein Blick auf die internationale Ebene zeigt, dass die Gewalt auf der Intensivstation bereits durch mehrere Facetten betrachtet wird. Hierzu wird vor allem gerade die Häufigkeit, der Personal Gewalt ausgesetzt wird, verdeutlicht. Abgesehen hiervon zeigt sich im Management des aggressiven Verhaltens häufig vorerst die verbale Deeskalation als erste Wahl mit etwa 80%, wohingegen nicht weit davon getrennt die Anwendung von medikamentösem Zwang mit 72% steht. Doch gerade auch hier wird erwähnt, dass durch das Fehlen von Wissen es dem Pflegepersonal oftmals schwer fällt andere Strategien als die freiheitsbeschränkenden anzuwenden (Johnson et al., 2016, Slack et al., 2022).

Auf Grund dessen kann erwähnt werden, dass vor allem das Pflegepersonal die Entscheidung bezüglich der Verwendung einer fixierenden Maßnahme treffen und mit den Folgen umgehen muss, da bei der Verwendung der medikamentösen Therapie oftmals die Dämpfung des

Aggressionszustands das Ziel ist und meist weniger als bewegungseinschränkende Maßnahme eingeordnet wird. Doch gerade in der Berufsgruppe der Pflege wird vor allem ein großes Defizit im Bereich des Wissens bezüglich der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen registriert, wie etwa auch die Folgen des Zwangs oder die möglichen Komplikationen (Kassew et al., 2020, Perez et al., 2019).

Die freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, wie das Fixieren, werden hauptsächlich durch Pflegepersonal ausgeübt und gerade in der Phase des Weanings, also der Reduktion der sedierenden Medikamente bei der Entwöhnung von einer maschinellen Beatmung angewandt. Es kann jedoch auch auf Grund von einem niedrigeren Personalschlüssel, durch Ausfälle oder Krankenstände, vermehrt zum Ausüben dieser Maßnahmen kommen. Ein langwieriges Beschäftigen mit den Patient:innen, wie etwa das Erklären des nicht Entfernens diverser Schläuche, kann wegen der genannten Gründe oft nur unzureichend umgesetzt werden. Die meist hohe Arbeitsbelastung führt ebenfalls zu einer niedrigeren Hemmschwelle für die Anwendung von fixierenden Maßnahmen. Hierzu sollte jedoch ebenfalls erwähnt werden, dass gerade in diesem Zusammenhang es sich als essentiell darstellt, dass das Pflegepersonal sich seinen eigenen Emotionen bewusst ist und diese selbst gut regulieren kann, um dies nicht auf die Patient:innen zu projizieren. Daher scheint es vollkommen offensichtlich, dass die Anwendung von Zwang für das Pflegepersonal nicht bedeutungslos ist und immer wieder kritisch betrachtet wird, da die Indikationen für die Anwendung von Zwang manchmal recht fragwürdig sind. Doch gerade in diesen Entscheidungsprozess sollten alle Teammitglieder miteinbezogen werden, um vor allem alle Sichtweisen zu inkludieren, aber sich auch regelmäßig über den aktuellen Stand der rechtlichen Aspekte sowie Richtlinien bezüglich der Anwendung von Zwangsmaßnahmen zu informieren.

Vor allem auch das Fehlen von klaren Richtlinien in den jeweiligen Krankenhäusern sowie dem Abwägen der Indikation von schutzfixierenden Maßnahmen auf Grund von fehlendem oder unzureichendem Wissen, dem fehlenden Wissen von anderen Alternativen oder auch die korrekte Anwendung der mechanischen Freiheitsbeschränkungen, wie auch die persönliche Einstellung, sowie etwa die Sichtweise, dass die Patient:innen Teil eines familiären Systems sind und diese dadurch ebenfalls belastet werden, kann zu einem Moral Distress, vor allem nach dem Anwenden des Zwangs, beim Pflegepersonal auf Intensivstationen führen. Wobei sich dies schnell als *circulus vitiosus* herausstellt, da die Haltung des Pflegepersonals auf Grund des Wissens beeinflusst ist, dies bedeutet, lediglich durch einen Zuwachs an Wissen kann eine bessere Haltung erreicht werden. (Freeman et al.,

2016, Hahn, 2024, Jöbges et al., 2022, Kassew et al., 2020, Prentice & Gillam, 2018, Salehi et al., 2020, Steinert et al., 2019).

In dem beschriebenen Entscheidungsprozess wird meist die bewegungseinschränkende Maßnahme betrachtet und jener der medikamentösen Ruhigstellung kaum Beachtung geschenkt. Die Problematik wird in der Literatur immer wieder aufgezeigt, jedoch wird meist lediglich allgemein Bezug auf den Moral Distress von Pflegepersonal genommen. Bei Befragungen des Pflegepersonals werden auch nicht vergleichbare Instrumente zur Erfassung von Moral Distress herangezogen. Es stellt sich im Zuge dessen die Frage, ob hierbei aussagekräftige Ergebnisse produziert werden. Hinzukommt, dass sich Pflegepersonen eine Belastung nicht eingestehen oder auch nicht mit Kolleg*innen darüber reden wollen. Ebenfalls kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass möglicherweise das Bewusstsein für die Belastung in solchen Situationen vom Pflegepersonal selbst fehlt (Prentice & Gillam, 2018).

2.3 Moral Distress

Als Moral Distress wird die Diskrepanz zwischen dem Wissen bezüglich korrekter Handlungen, jedoch der Unfähigkeit diese aufgrund von institutionellen oder auch hierarchischen Gegebenheiten auszuüben, beschrieben. Hierbei werden mehrere Einflussfaktoren für die tatsächliche Entstehung eines Moral Distress identifiziert. Es zeigt sich, dass für Definitionen mehrere Bedingungen erfüllt sein müssen, ein Zusammenspiel zwischen den Ursachen und Wirkungen bestehen muss und diese somit meist eine gewisse Komplexität aufweisen (Molewijk et al., 2017, Morley et al., 2019, Morley et al., 2020, Prentice & Gillam, 2018). Eine Grundvoraussetzung scheint vor allem das moralische Urteilsvermögen beziehungsweise die eigene Haltung bezüglich Zwängen zu sein, denn gerade die Unfähigkeit nach dem moralischen Urteil zu handeln stellt hier den wesentlichsten Aspekt dar. Zudem konnte gezeigt werden, dass jene Pflegepersonen, die öfters moralische Zweifel erleben, allgemein auch eine kritischere Haltung bezüglich Zwangsmaßnahmen einnehmen. Des Weiteren ist nicht klar definiert, welche Aspekte ein moralisches Urteil beinhaltet, beziehungsweise auf Grund welcher Basis dieses getroffen wird und inwiefern kulturelle Differenzen hierzu beitragen. Es kann jedoch ebenfalls erwähnt werden, dass ein Moral Distress auch erlebt werden kann, wenn kein moralisches Urteil zugrunde liegt, eher in Anbetracht einer Unsicherheit bezüglich des Entscheidungsfindungsprozesses (Molewijk et al., 2017, Morley et al., 2019, Morley et al., 2020, Prentice & Gillam, 2018). Dennoch wird

meist die Anwendung von Zwang unter dem Aspekt der Sicherheit des Personals sowie der Notwendigkeit betrachtet und weniger als Behandlung. Die erwähnten Einflussfaktoren stellen vor allem Gefühle wie Frustration, Schuld, Wut, Verzweiflung oder psychische Erschöpfung dar oder aber auch das Aushalten von aggressivem Verhalten von Seiten der Patient:innen, die meist eine Reaktion auf das Zunichtemachen der moralischen Entscheidung wiedergeben (Esmaeili et al., 2024, Liu et al., 2023, Molewijk et al., 2017, Morley et al., 2019, Morley et al., 2020, Prentice & Gillam, 2018, Vedana et al., 2018).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass keine Einigung darüber besteht, welche Einflussfaktoren hierbei einen wesentlichen Aspekt darstellen, was genau Moral Distress ist und wann oder wie dieser auftritt. Es kann jedoch durch Moral Distress zu einer Verzögerung von Entscheidungen oder Handlungen kommen, da das Unsicherheitsgefühl des Pflegepersonals forciert wird. Zusammenfassend kann hierbei erwähnt werden, dass scheinbar drei Komponenten vorliegen müssen, um Moral Distress zu erleben. Dieses wäre zum einen das Vorliegen einer moralischen Situation, in Kombination mit dem Erleben von psychischem Stress, kombiniert mit dem Erleben von vor allem negativen Emotionen und der ebenfalls zu beachtende Aspekt, dass eine Kausalität zwischen den beiden vorliegt. Des Weiteren scheint die Arbeitserfahrung hierbei einen wesentlichen Einflussfaktor zu spielen oder auch eine mangelnde Kompetenz, denn hierdurch dürfte eine geringere kritische Haltung gegenüber der Zwangsanwendung identifiziert werden (Esmaeili et al., 2024, Liu et al., 2023, Molewijk et al., 2017, Morley et al., 2019, Morley et al., 2020, Prentice & Gillam, 2018, Vedana et al., 2018).

Doch gerade auch durch kritische Reflexionen innerhalb des Teams konnte der Moral Distress von Pflegepersonal reduziert werden (Esmaeili et al., 2024, Liu et al., 2023, Molewijk et al., 2017, Vedana et al., 2018). Allgemein versuchen Pflegepersonen auf Intensivstationen Probleme primär durch Gespräche im Team zu lösen. Falls dies nicht der Fall ist, zeigen sich unterschiedliche Copingstrategien wie etwa Distanziertheit, im Sinne des Ignorierens der Probleme oder auch mehr Engagement, wie etwa der Suche nach Möglichkeiten. Wobei diese Copingstrategien oftmals auf Grund von zunehmender Erfahrung, geringer Unterstützung durch höhere Instanzen, einer schlechten Teamkultur oder -kommunikation sowie des Gefühls der Machtlosigkeit entstehen (Esmaeili et al., 2024, Liu et al., 2023, Molewijk et al., 2017, Morley et al., 2019, Morley et al., 2020, Prentice & Gillam, 2018, Vedana et al., 2018).

Durch die Komplexität der unterschiedlichen Definitionen, soll eine Symbiose dieser als Voraussetzung für die Masterarbeit herangezogen werden. Demnach stellt Moral Distress das Unvermögen dar, Handlungen nach bestem Gewissen setzen zu können auf Grund von verschiedenen Ursachen. Der Hauptfokus der Arbeit wird vor allem auf die fixierenden Maßnahmen gelegt, jedoch wird jener Aspekt des medikamentösen Ruhigstellens ebenfalls betrachtet.

2.4 Fragestellung und Zielsetzung

Anhand der geschilderten Problematik kann verdeutlicht werden, dass Forschungs- und Veränderungsbedarf in Bezug auf den Stellenwert sowie der Wichtigkeit und das Setting der psychischen Komponente auf Intensivstationen im österreichischen Raum gegeben ist. Diese Masterarbeit soll darauf abzielen, diese Lücke zu schließen und strebt nach dem Ziel, die Belastung von Pflegepersonal auf Intensivstationen durch freiheitsbeschränkende Maßnahmen darzustellen. Einerseits soll die Form, aber auch Auswirkung des Moral Distress des Pflegepersonals durch freiheitsbeschränkende Maßnahmen genauer beleuchtet werden und der Umgang dessen mit solch herausfordernden Situationen. Andererseits soll Bezug auf die Gründe der Ausführung der beschränkenden Maßnahmen genommen werden, da hier, wie in vielen Bereichen nicht anhand von einer korrekten Checkliste sondern lediglich Empfehlungen gearbeitet werden kann, da diese einerseits nicht vorhanden sind und andererseits die Situationen mit den Patient:innen meist individuell betrachtet werden müssen, wodurch eine Vielzahl an Leitlinien entstehen. Es soll keine Einschränkung stattfinden, um welche Form der freiheitsbeschränkenden Maßnahme es sich handelt.

Zudem kann sich hierbei daraus ergeben, ob für das ausführende Pflegepersonal die Art der freiheitsbeschränkenden Maßnahme einen Unterschied in der Belastung darstellt. Des Weiteren wird ein Fokus auf die bereits erlernten Fähigkeiten und den theoretischen Hintergrund des Pflegepersonals auf Grund von diversen Aus- oder Weiterbildungen gelegt. Entsprechend wurde für die vorliegende Masterarbeit folgende Forschungsfrage formuliert:

Wie erleben Pflegepersonen auf Intensivstationen für erwachsene Patient:innen in Österreich den Einsatz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen und welche Bewältigungsstrategien nutzen sie?

3. Methodik

In folgendem Kapitel wird der Bezug zu der methodischen Herangehensweise dieser Arbeit näher beleuchtet. Es werden sowohl das Design, der Rechercheprozess und auch der Zugang zur Datenerhebung als auch zur Datenauswertung genau beschrieben.

3.1 Forschungsansatz und Design

Die Forschungsfrage wurde mithilfe eines qualitativen Forschungsansatzes beantwortet, wobei sich dieser aus dem Gedanken empirische Erkenntnisse zu generieren begründet, da vor allem die Sichtweise des Personals erarbeitet wird und dies oftmals Ziel der qualitativen Forschung darstellt (Flick et al., 2017). Durch den Fokus auf dieses Design sollen vor allem auch einzelne Meinungen betrachtet werden, welche jedoch stets in den Kontext eingebettet werden müssen (Flick et al., 2017, Kuckartz & Rädiker, 2022, Schreier, 2014). Allgemein kann hierbei erwähnt werden, dass es sich bei der folgenden Masterarbeit um eine Querschnittsstudie handelt.

3.2 Literaturrecherche

Für die Arbeit wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Hierbei wurden unterschiedliche Online-Datenbanken wie Medline, Cinahl sowie Pubmed aber auch der Springer Verlag durchsucht. Es wurde sowohl in deutscher als auch englischer Sprache recherchiert und entsprechende Ein- und Ausschlusskriterien (siehe Tabelle 1) festgelegt. Für eine genauere Recherche wurden die Booleschen Operatoren, „AND“, „OR“ und „NOT“ angewendet. Hierdurch kam es zu einer Verbindung und dem Ausschluss von den ausgewählten Suchkomponenten. Es wurde für die vertiefende Recherche das sogenannte Schneeballsystem verwendet. Abgesehen hiervon wurden ebenfalls nach Fachliteratur im Internet mittels Google Scholar oder BASE (Bielefeld Academic Search Engine) sowie in der Universitätsbibliothek der Universität Wien gesucht. Im Anschluss wurde von allen identifizierten Studien das Abstract gelesen und nach gesamten Lesen der Studie nach ihrer Qualität, mit Hilfe des Methodenpapiers nach Panfil & Ivanovic (2011) bewertet. Der Rechercheprozess erstreckte sich von September 2023 bis März 2024 und inkludierte lediglich jene Studien, die nicht älter als zehn Jahre waren. In der weiterführenden Literatur konnte diese Einschränkung nicht vorgenommen werden, da zum Teil diverse Quellen bezüglich allgemein gültiger Begriffserklärungen bereits ein älteres Erscheinungsdatum aufzeigten.

Es erfolgte mittels folgenden Suchkomponenten „Moral Distress“, „nursing“, „physical restraint“, „intensive care unit“, „Intensivstation“, „Freiheitsbeschränkungen“, „freiheitsbeschränkenden Maßnahmen“, „moralischer Stress“ und „mechanische Fixierungen“ die Literaturrecherche.

Tabelle 1: Suchstrings der Literaturrecherche, eigene Darstellung

Suchkomponente	Suchstring
Komponente 1: Personal	nurse OR intensive care nurses OR nursing OR nursing staff OR nurses
	AND
Komponente 2: Ort	intensive care unit OR intensive care OR critical care unit OR adult patient intensive care OR adult patient intensive care unit OR icu
	AND
Komponente 3: psychischer Aspekt	moral distress OR moral stress OR ethical decisions OR ethical dilemmas OR ethical conflict OR knowledge OR attitude OR ethical experience OR coping strategies
	AND
Komponente 4: Freiheitsbeschränkung	restraint OR physical restraint OR medical restraint OR chemical restraint OR violence

3.3 Datenerhebung

Die Datenerhebung für das Forschungsvorhaben erfolgte anhand problemzentrierter, leitfadengestützter Interviews nach Witzel (2000). Diese Variante wurde gewählt, um vor allem auch spezifische Erkenntnisse, wie etwa die Sichtweise des Pflegepersonals inklusive derer Gefühle, Wahrnehmungen aber auch Meinungen, zu erlangen. Des Weiteren können damit einerseits gewisse Themenschwerpunkte in den Vordergrund gerückt werden können, jedoch andererseits den Interviewpartner:innen trotzdem die Möglichkeit des freien Erzählens gegeben wird (Baur & Blasius, 2019, Mayer, 2022).

Um in den offenen Dialog mit den Pflegepersonen zu kommen, wurde literaturgestützt ein Leitfaden (siehe Anhang 2) entwickelt, damit die wesentlichen Themenaspekte nicht aus dem

Fokus geraten. Der Interviewleitfaden wurde so gestaltet, dass zu Beginn des Interviews allgemeine Informationen über die Interviewpartner:innen eingeholt werden, wie etwa die Dauer der Berufstätigkeit oder auch die Krankheitsbilder die auf der jeweiligen Intensivstation betreut werden, um möglichst an das Thema heranzukommen, jedoch kann eine Erzählaufforderung bei solch einem sensiblen Thema als schwer erscheinen. Danach erfolgte der direkte Einstieg in die Thematik mittels offener Fragen. Der Leitfaden wurde literaturgestützt in Anlehnung an Helfferich (2011) erstellt, da hierbei eine gewisse Offenheit im Gespräch möglich ist, jedoch trotzdem eine Orientierungsstütze darstellt und deren Anforderungen erfüllt.

. Den Hauptteil des Leitfadens sollen vor allem die Einstiegsfrage, der Erzählimpuls aber auch Nachfragemöglichkeiten ermöglichen. Vorab wurde ein Probeinterview mit einer Pflegeperson, die nicht an der Studie teilgenommen hat, durchgeführt. Es zeigte sich nach den ersten Interviews, dass eine Adaption des Leitfadens nicht als notwendig erscheint, da die Fragen für die Teilnehmer:innen verständlich erschienen.

Die Erhebung der Interviews wurde mittels einer Tonaufnahme unter Einwilligung der interviewten Person gespeichert. Es wurde allen Interviewpartner:innen freigestellt, an welchem Ort sie die Interviews durchführen wollen. Augenmerk wurde immer auf die Privatsphäre gelegt. Direkt im Anschluss wurde ein Postskript (siehe Anhang 3) bezugnehmend zu dem jeweiligen Interview angefertigt, um mögliche Stimmungen während des Interviews in späterer Folge nachvollziehen zu können. Hierdurch können jegliche Aspekte zeitnahe festgehalten, etwa auch fragliche Zusammenhänge mit den örtlichen Gegebenheiten und der offenen Gesprächshaltung der Teilnehmer:innen. Bei der Interpretation der Ergebnisse konnte das Postskript erneut hinzugezogen werden (Witzel, 2000).

Vorab wurde von einer Anzahl von zehn Interviews ausgegangen und eine Inklusion von mindestens drei unterschiedlichen Intensivstationen vorgenommen. Die Anzahl der Interviews wird durch die Datensättigung bestimmt, diese wird erreicht, wenn kein neues Wissen mehr generiert werden kann und wurde in diesem Fall nach 13 Interviews erreicht (Mayer, 2022).

In Anbetracht der Gerechtigkeit wurde darauf geachtet alle Interviewteilnehmer:innen unter denselben Bedingungen zu befragen. Hierbei zeigte sich als Voraussetzung vor allem eine ruhige und ungestörte Umgebung jedoch nach Wahl der Teilnehmer:innen erfolgte. Hierbei wählte etwa die Hälfte der Teilnehmer:innen, nämlich sieben Personen die Durchführung der Interviews am Arbeitsort, in diesem Fall wurde immer ein ruhiger Besprechungsraum hierfür verwendet. Lediglich zwei Personen bevorzugten die Durchführung der Interviews Online per

Microsoft Teams, da sich die Interviewpartner:innen hierbei wohler fühlten als bei einem persönlichen Treffen. Die restlichen Teilnehmer:innen bevorzugten einen privaten Ort.

3.4 Stichprobe und Setting

Die Stichprobenwahl stellt einen wesentlichen Aspekt in der qualitativen Forschung dar, um für das Vorhaben die entsprechenden Teilnehmer:innen zu rekrutieren. Daher findet das Sampling in jener Form statt, dass gezielt Personen gewählt werden (Mayer, 2022).

Die Untersuchungsgruppe bestand ausschließlich aus diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, die länger als ein Jahr auf einer Intensivstation beschäftigt sind. Es erfolgte jedoch keine Differenzierung der Intensivstationen, da davon ausgegangen werden kann, dass überall freiheitsbeschränkende Maßnahmen durchgeführt werden. Es erfolgte lediglich die Exklusion von pädiatrischen und/oder neonatologischen Intensivstationen. Da die freiheitsbeschränkenden Maßnahmen vor allem durch diplomiertes Gesundheitspersonal durchgeführt werden, erfolgte eine ausschließliche Inklusion dieser Berufsgruppe. Weitere Berufsgruppen, die ebenfalls auf der Intensivstation tätig sind, wie etwa ärztliches oder physiotherapeutisches Personal, wurden exkludiert (Jöbges & Biller-Andorno, 2021). Die Eingrenzung erfolgte auf den Wiener Gesundheitsverbund und daher auch auf das Bundesland Wien. Das Einschlusskriterium der Zeitspanne der Anstellung, mit einem Jahr, wurde wissentlich gering gewählt, um vor allem das Wissen aus der Ausbildung noch präsent zu haben. Abgesehen hiervon, wurde bei der Voraussetzung der Mindestarbeitszeit von 25 Stunden pro Woche ausgegangen, um eine gewisse Routine vorweisen zu können. Die genauen Ein- und Ausschlusskriterien können der nachstehenden Tabelle 1 entnommen werden.

Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien Interviewpartner:innen, eigene Darstellung

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Anstellung auf einer Intensivstation für erwachsene Patient*innen	Pooldienste, Auszubildende
Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal	Pflegepersonal auf anderen Stationen
Mindestens 25h (pro Woche) angestellt	Andere Berufsgruppen (Pflegefachassistenz, Pflegeassistenz, Physiotherapie,...)

Mindestens 1 Jahr auf der Intensivstation in dem jeweiligen Krankenhaus tätig	
Personen die in der körpernahen Pflege tätig sind	Leitungspersonen

3.5 Feldzugang und Rekrutierung

Die Genehmigungen zur Rekrutierung des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals auf den diversen Intensivstationen wurden vorab beim Träger der Einrichtungen beantragt. Nach Absprache der zuständigen Person des Wiener Gesundheitsverbundes erfolgte eine vorab schriftliche Information an alle Pflegedirektionen der jeweiligen Krankenhäuser. Nach der Zustimmung dieser übergeordneten Ebene wurde erst der Kontakt mit den jeweiligen Bereichs- und/oder Stationsleitungen der jeweiligen Intensivstationen gesucht. Erst danach konnten mögliche Interviewpartner:innen ermittelt und kontaktiert werden, wobei dies zum Teil durch direkte Kontaktaufnahme zu der Forscherin selbst oder aber auch per Vorschlag der jeweiligen Stationsleitungen erfolgte. Da die freiwillige Teilnahme eine Voraussetzung darstellt, wurde der Kontakt mit jenen potenziellen Interviewpartner:innen persönlich oder per E-Mail hergestellt. Im Zuge dessen wurde das Informationsschreiben und die Einverständniserklärung (siehe Anhang 1) mitgegeben oder zugesendet, sowie etwaige offene Fragen besprochen und ein Termin für die Durchführung des Interviews vereinbart. Letztlich konnten drei Krankenhäuser des Wiener Gesundheitsverbunds inkludiert werden. Der Zeitraum zur Durchführung der Interviews erstreckte sich von März bis Juni 2024.

3.6 Datenauswertung

Nach der Datenerhebung erfolgte eine Verschriftlichung der digitalen Audio-Aufnahmen anhand der Software MAXQDA 24. Um eine einheitliche Struktur zu haben, wurden vorab Transkriptionsregeln nach Kuckartz (2016) festgelegt (siehe Tabelle 2). Es wurde wörtlich transkribiert und bei Dialekt ins Hochdeutsch übersetzt. Des Weiteren wurden alle Angaben, durch die möglicherweise ein Rückschluss auf die interviewte Person möglich wäre, anonymisiert, hierunter zählt etwa auch das Nennen des jeweiligen Krankenhauses.

Zudem erfolgt die Aufbereitung des Themas mittels einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse, da bei dieser sowohl der deduktive als auch induktive Ansatz gegeben ist und eine mehrmalige Codierung stattfindet. Durch ein vorheriges Wissen, das mittels der Literatursynthese generiert werden konnte, kann von Vorwissen ausgegangen werden,

wodurch es zu einem Wechselspiel zwischen induktivem und deduktivem Herangehen kommt. Der explorative Ansatz stellt die Grundlage dar, da einzelne Meinungen oder Sichtweisen zum besseren Verständnis der sozialen Wirklichkeit oder auch dem Alltagsbezug beitragen sollen.

Tabelle 3: Eigene Darstellung nach Kuckartz (2016)

Symbol	Bedeutung
(.)	Pause (Punkt steht für die jeweiligen Sekunden)
(4)	Pause (ab drei Sekunden, werden diese als ganze Zahl angegeben)
(unv.)	unverständlich
(Störung)	jegliche Störungen werden in der Klammer vermerkt
(lacht)	Lautäußerungen
((lacht))	nonverbale Äußerung

Die Interviewtranskripte wurden nach dem Prinzip der inhaltlich strukturierten qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016) ausgewertet. Diese Vorgehensweise wurde gewählt, da das Erstellen der Kategorien vorerst offen gelassen wird. Dies ermöglicht eine gewisse induktive Offenheit während des Auswertungsprozesses, da hierdurch ein besserer Wissensgewinn daraus resultiert werden kann. Im Zuge dessen findet jedoch eine strukturelle Vorgehensweise statt (Schreier, 2014). Die Ausprägung der Kategorien und Codes soll ebenfalls nicht vorab exakt definiert werden, um einen Vorteil der geringen theoriegeleiteten Erkenntnisse zu erlangen, jedoch können vorab Hauptkategorien definiert werden. Gerade hierdurch kann nach wie vor das Wechselspiel zwischen Induktion und Deduktion gegeben sein (Kuckartz & Rädiker, 2022, Schreier, 2014). Es erfolgte eine Auswertung in mehreren Phasen, da zuerst lediglich eine Sichtung und ein allgemeines Lesen der Transkripte vorgenommen wurde, im hermeneutischen Sinne, konnte ein ganzheitliches Verständnis für das jeweilige Interview entwickelt werden.

Im darauf folgenden Schritt wurden bereits wichtige Textpassagen markiert und mittels Notizen, oder auch Memos genannt, versehen, wobei diese Memos einerseits wesentliche Aspekte des Interviews markierten und andererseits dazu entstandene Gedanken festhielt. Erst nach diesen beiden Sichtungen erfolgte die erstmalige Codierung. Hierbei wurden vor allem mehrere Zeilen oder Absätze grob zu den entsprechenden allgemeinen Kategorien zugeteilt. Es kann erwähnt werden, dass es sich hierbei um die thematischen Kategorien handelt, die somit gewisse Themen beinhalten. Erst in den weiteren Schritten der Datenauswertung erfolgte die Bildung und Zuordnung von Textpassagen zu den gebildeten

Subkategorien. Gerade dieser Prozess erwies sich als äußerst dynamisch, da es ebenfalls immer wieder zu einer neuen Zuordnung der Textpassagen zu unterschiedlichen Kategorien kam. Zudem kann festgehalten werden, dass sowohl ein Zusammenhang innerhalb der Hauptkategorien und den darin inkludierten Subkategorien gegeben ist sowie ebenfalls eine inhaltliche Korrelation zwischen den jeweiligen Hauptkategorien besteht. Zudem erfolgte im letzten Schritt eine Bereinigung der doppelt codierten Passagen und dadurch eine eindeutige Zuordnung. Dieser Prozess verläuft in mehreren Phasen, wobei manche auch nochmals wiederholt werden (Kuckartz & Rädiker, 2022).

3.7 Gütekriterien

Die Gütekriterien der qualitativen Forschung leiten sich vor allem aus den Grundprinzipien der qualitativen Forschung ab, wobei der wesentlichste Faktor die Offenheit darstellt und lehnen sich nahe an die quantitativen Gütekriterien an (Kuckartz & Rädiker, 2022, Mayer, 2022). Bei der qualitativen Forschung gibt es diesbezüglich jedoch mehrere unterschiedliche Sichtweisen und Kriterien der Vertrauenswürdigkeiten (Flick et al., 2022, Kuckartz & Rädiker, 2022, Mayer, 2022, Pohontsch, 2019).

In der empirischen Sozialforschung gibt es verschiedene Gütekriterien. Hierzu zählen unter anderem die Gegenstandsangemessenheit, empirische Sättigung, theoretische Durchdringung, textuelle Performanz sowie Originalität.

- Gegenstandsangemessenheit

Unter der Gegenstandsangemessenheit versteht man das Anpassen der Methode an die Gegebenheiten und stellt demnach wohl auch eine Basis für die qualitative Forschung dar (Strübing et al., 2018). Dieses Gütekriterium kann als grundlegend erfüllt betrachtet werden, wobei kritisch betrachtet werden kann, ob andere Designs ebenfalls möglich gewesen wären. Dennoch scheint die Auswahl der qualitativen Herangehensweise als passend.

- Empirische Sättigung

Die empirische Sättigung bedeutet, dass Erschließen eines noch unerforschten Felds und hiermit das Generieren von neuen Datenmaterialien. Hierbei entsteht meist neues Wissen, jedoch ist das Vorwissen entscheidend für den Forschungsprozess und zählt daher zu der Kategorie der theoretischen Durchdringung, denn so wird die Wichtigkeit der Komponente der Theorie auf (Strübing et al., 2018). Die empirische Sättigung konnte nur zum Teil erfüllt werden, da erstmalig das Feld erforscht wurde, konnte keine komplette Erschließung des

Feldes erreicht werden, es wurde lediglich eine empirische Sättigung in der Masterarbeit erzielt werden.

- Theoretische Durchdringung

Unter der theoretischen Durchdringung wird vor allem der enge Bezug zur Theorie verstanden. Hierbei sollte etwa auch der empirische Fortschritt mittels einem engen theoretischen Hintergrund gebettet ist (Strübing et al., 2018). Dieses Gütekriterium kann als grundlegend erfüllt betrachtet werden, da meist ein enger Bezug zur Literatur vorhanden ist.

- Textuelle Performanz

Dies führt ebenfalls zu dem Aspekt der textuellen Performanz, die vor allem die Betrachtungsweise der zu Erreichenden näherbringen sollte. Demnach ist vor allem auch die Art der Darstellung der Studienergebnisse elementar (Strübing et al., 2018). Das Gütekriterium der textuellen Performanz erscheint ebenfalls als adäquat, da vor allem auch die Vorgangsweise des Forschungsvorhabens nachvollziehbar erscheint. Des Weiteren wurde die Aufbereitung der Ergebnisse mittels unterschiedlichen Methoden ermöglicht, wodurch ein umfassenderes Verständnis erzielt werden kann.

- Originalität

Das letzte Gütekriterium stellt die Originalität dar, wobei hierbei die Erwartung des Erkenntnisgewinns und deren Brauchbarkeit gemeint ist (Strübing et al., 2018). Hierbei kann erwähnt werden, dass durch die Forscherin ein geringer Zuwachs an Erkenntnis in der Wissenschaft stattfand, da etwa auch Empfehlungen generiert wurden. Daher kann auch dieses Gütekriterium als grundlegend erfüllt betrachtet werden.

Es sollte stets kritisch betrachtet werden, inwiefern eine Übertragbarkeit oder auch Verallgemeinerbarkeit der herausgefundenen Forschungsergebnisse möglich sind, wobei hier auch von externe Studiengüte gesprochen wird. Dennoch sollte bedacht werden, dass gerade diese Verallgemeinerung nicht in allen Fällen bei der qualitativen Forschung wünschenswert oder erstrebenswert ist. Bei der Verwendung des Begriffs der internen Studiengüte, worunter etwa auch die Zuverlässigkeit oder auch Glaubwürdigkeit fallen, sollten vor allem im gesamten qualitativen Forschungsprozess eine gewisse Grundhaltung gegeben sein (Kuckartz & Rädiker, 2022).

3.8 Ethische und datenschutzrechtliche Aspekte

Gerade jene Wissenschaften, die vor allem mit oder an Menschen forschen, so auch die Pflegewissenschaft, stellen immer einen Grundbaustein für ethische Diskussionen dar. Das Forschungsvorhaben sollte vorab kritisch reflektiert werden, wobei hier eine Orientierung am Ethikkodex der Pflegeforschung (Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V., 2016) stattfindet. In der Pflegerelevanz wird die Voraussetzung der Anlehnung an den Ethikkodex der Pflegeforschung argumentiert. Die Transparenz sowie Nachvollziehbarkeit sollte zu jeder Zeit des Forschungsprozesses gegeben sein. Daher werden die gesetzlichen Vorgaben bezüglich der Datenverarbeitung und der Datenschutzbedingungen eingehalten, wie etwa die Wahrung der Anonymität, da keine Rückschlüsse auf den exakten Arbeitsort möglich sind. Ein weiterer Aspekt ist jener der Vertraulichkeit, da keine persönlichen Informationen weitergegeben werden und der letzte wesentliche Aspekt ist jener der freiwilligen Teilnahme an dem Forschungsvorhaben (Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V., 2016, Mayer, 2022). Das Audiodatenmaterial wurde auf eine externe Festplatte überspielt und dort vertraulich aufbewahrt. Es wurde von einer Speicherung in einer elektronischen, unverschlüsselten Datenbank abgesehen. Die Audiodaten werden nur für den wissenschaftlichen Zweck verwendet und spätestens nach Abgabe der Masterarbeit gelöscht. Vor dem Beginn jeder Tonaufnahme wurden die Teilnehmer:innen über allgemeine Informationen des Forschungsvorhabens aufgeklärt und die Einverständniserklärung sowohl durch die Forscherin als auch die Teilnehmer:innen unterschrieben, wobei jeweils ein Exemplar bei jeder Person verblieb. Die freiwillige Teilnahme war obligatorisch. Daher wurden die Studienteilnehmer:innen nochmals darauf sowie die Zusicherung der Anonymisierung der Daten hingewiesen. Die Teilnehmer:innen könnten bis zum Zeitpunkt der Anonymisierung des Datenmaterials eine Teilnahme ablehnen oder auch das Interview zurückrufen sowie zu jedem Zeitpunkt währenddessen abbrechen, wobei hier mit keinerlei negativen Konsequenzen zu rechnen ist, daher wurde vor allem auch auf die Autonomie der Teilnehmer:innen geachtet (Mayer, 2022). Da ausschließlich Pflegepersonal befragt wurde, diese auch nicht zu einer vulnerablen Gruppe zählen, wurde von der Einreichung bei der Ethikkommission abgesehen.

Ein möglicher Rollenkonflikt der Forscherin wurde vorab reflektiert, da hier ebenfalls ein pflegerischer Berufshintergrund vorhanden ist, jedoch wird bewusst die Rolle als forschende Person eingenommen. Es wurde ebenfalls davon abgesehen, auf der Intensivstation, auf der die Forscherin selbst tätig ist, Interviews durchzuführen, da hier eine Anonymisierung schwer möglich ist und Interessenskonflikte entstehen könnten.

Die Wahrung der Anonymität bezieht sich sowohl auf die personenbezogenen Daten, die jeweils gewählten Stationen als auch die Kliniken, um keine Rückschlüsse zu ermöglichen. Es handelt sich um diverse Intensivstationen mit unterschiedlichen Schwerpunkten innerhalb des Wiener Gesundheitsverbundes. Es kann lediglich eine genauere Beschreibung der Schwerpunkte erfolgen, da dies sehr umfangreich ist und vorab keine Einschränkung vorgenommen werden soll.

4. Ergebnisse

In nachfolgendem Kapitel wird nach der Beschreibung der Stichprobe der Fokus auf die Ergebnisse der geführten Interviews gelegt. Hierbei kristallisieren sich vor allem drei Hauptkategorien, nämlich allgemeine Aspekte bezüglich der Freiheitsbeschränkung, die Auswirkungen davon sowie die gelebte Teamdynamik jeweils mit verschiedenen Subkategorien heraus.

4.1 Demographische Informationen

Es zeigt sich, dass bei den 13 geführten Interviews acht Personen männlich waren und lediglich fünf weibliche Pflegepersonen teilnahmen. Es kann eine Spannweite der unterschiedlichen Arbeitserfahrung von einem Jahr bis hin zu 20 Jahren dargelegt werden. Daraus ergibt sich, dass nicht alle Interviewpartner:innen die Sonderausbildung zum akademische/n Expertin/en in Intensivpflege beziehungsweise das Zusatzdiplom der Intensivpflege bereits absolviert haben, sondern eine Mischung zwischen jenem Personal, das diesen Kurs noch nicht absolviert hat, jene die gerade dabei sind und einige, bei denen dies schon abgeschlossen ist. Demnach kann erwähnt werden, dass diese Mischung an unterschiedlichen Ausbildungsständen etwa auch die Durchmischung einer beliebigen Intensivstation widerspiegelt.

Die unterschiedlichen inkludierten Krankenhäuser des Wiener Gesundheitsverbunds zeigten unterschiedliche Spezialisierungen der Intensivstationen. Hierbei wurden etwa Personen auf anästhesiologischen, aber auch internen Intensivstationen befragt. Daher zeigte sich ein sehr umfangreiches Spektrum an diversen Krankheitsbildern, die durch das Personal betreut werden. Hierzu zählen etwa Patient:innen nach diversen Operationen aller Fachbereiche, Transplantationen oder auch komplexe Situationen, wie etwa Reanimationen oder andere Eingriffe sowie die Betreuung der Krankheitsbilder der inneren Medizin.

Tabelle 4: demographische Informationen Interviewpartner:innen, eigene Darstellung

Demographische Informationen (n=13)	
Geschlecht	Männlich: 8 Weiblich: 5
Arbeitserfahrung	1 Jahr – 20 Jahre
Zusatzausbildung Intensivpflege	Keine: 4 Eine: 7 Gerade in der Ausbildung: 2

Fachdisziplinen	Anästhesiologie, Kardiologie, Transplantation
-----------------	--

Ein weiterer Zusammenhang den die befragten Intensivstationen aufweisen konnten, ist jener, dass vor allem Patient:innen ab dem Pensionsalter, also ab etwa 70 Jahren oder mehr, betreut werden. Es berichteten fast alle interviewten Personen, dass etwa mehr als fünfzig Prozent der Patient:innen lediglich sogenannte Überwachungspatient:innen sind und lediglich weniger als die Hälfte der Patient:innen einen Tubus haben. Hierbei handelt es sich jedoch durch die Pflegepersonen um geschätzte Zahlen, dennoch kann zusammenfassend erwähnt werden, dass meist mehr wache als intubierte Patient:innen betreut werden.

Hier kann erwähnt werden, dass sowohl einige Personen direkt nach der Absolvierung der Ausbildung in dem Spezialbereich beginnen, aber auch manche nach einigen Berufsjahren dorthin wechseln. Ein wohl jedoch wesentlicher und essenzieller Aspekt hierbei ist, dass alle interviewten Personen eine ganz unterschiedliche, aber dennoch persönliche Motivation zeigten, in dem Sonderbereich zu arbeiten.

[...] Also maximal zwei Patienten als Pflegekraft zu betreuen, das ist für mich ein Faktor, wo ich sagen kann, da kann ich ganzheitlich pflegen, versorgen und beistehen. [...] (Interview_9, Pos. 11-15)

Anschließend werden die identifizierten Kategorien sowie Subkategorien genauer zusammengefasst, zum Teil werden wörtliche Zitate für die bessere Verständlichkeit verwendet.

4.2 Allgemeine Informationen der Freiheitsbeschränkungen

In dem folgenden Kapitel werden unterschiedliche Aspekte der Freiheitsbeschränkung nähergebracht, über die das Pflegepersonal berichtet hat. Hier wird vor allem allgemein Bezug auf die Art aber auch die unterschiedlichen Formen sowie auch die Auswahl oder auch Gründe der Indikation genommen.

4.2.1 Formen und Auswahl der Freiheitsbeschränkung

Allgemein zeigt sich in allen Interviews, dass den Pflegepersonen die unterschiedlichen Formen der Freiheitsbeschränkung sehr wohl bewusst sind, da sie diese klar benennen können. Unterschiedlich ist jedoch anzumerken, dass einigen Interviewpartner:innen bereits

geringere invasive Maßnahmen auffielen, als anderen. Dennoch wurden vorrangig vor allem jene Maßnahmen erwähnt, die primär auf den Intensivstationen verwendet werden. Zu diesen zählen etwa das Hochgeben aller vier Bettgitter, das Anbinden diverser Extremitäten und/oder des Thorax, wobei hier auch ein klarer Unterschied gezogen wird und zuletzt wird außerdem noch das medikamentöse Ruhigstellen erwähnt, etwa durch diverse beruhigende Medikamente. In drei Interviews wurde ebenfalls erwähnt, dass etwa auch Drainagen, die diversen unterschiedlichen Schläuche und Kabel, aber auch das Legen eines Katheters ohne tatsächliche Begründung ebenfalls erwähnt werden sollen.

Abgesehen von diesen verwendeten Maßnahmen konnten ebenfalls weitere benannt werden, wie etwa auch das Anziehen von Rollstuhlbremsen, das Verschieben von einem Tisch oder auch die Anwendung von Sensorbalken sowie Alarmmatratzen.

Gerade im Bereich der fixierenden Maßnahmen kann ein großer Unterschied beobachtet werden, da es auf einigen Intensivstationen als Standard bezeichnet wird, jeder neu aufgenommene Patientin oder jedem neu aufgenommenen Patienten direkt eine Fixierung der Arme anzulegen, unabhängig davon, wie tief eine Sedierung vorgenommen worden ist oder nicht.

[...] Also das ist ein typisches Prozedere, wenn wir eine Aufnahme bekommen, vom OP. Das Erste, wenn wir dann den Patienten übernehmen bei uns quasi monitoren und alles und wenn wir dann fertig sind, kriegt er quasi, wir sagen Freundschaftsbänder dazu [...] das, weil wir das Zimmer verlassen, automatisch, obwohl er tief analgosediert ist. Das ist so. [...] (Interview_13, Pos. 35-40)

Ein weiterer Aspekt hierbei zeigt, dass die Hälfte der Interviewpartner:innen diese Armfixierungen interessanterweise als „Freundschaftsbänder“ (Interview_13) bezeichnen. Weiters zeigt sich, dass es äußerst individuell ist, wie straff eine solche Fixierung stattfindet, sprich welchen Bewegungsradius die Intensivpatient:innen hierdurch noch haben, da in manchen Interviews sich deutlich herauskristallisierte, dass die Fixierung so straff festgebunden wird, sodass die Patient:innen ihre Arme nicht mehr bewegen können und wiederum in anderen Fällen ist es ihnen noch möglich diverse Körperstellen, wie etwa den Bauch, noch zu erreichen. Alle befragten Personen teilten zudem mit mindestens einem Mal auf der Intensivstation bereits eine Fixierung des Thorax sowie aller vier Extremitäten bei einem Intensivpatient:innen gesehen oder selbst angewendet zu haben. Zudem wurde immer wieder von der Verwendung sogenannter Nesselhandschuhe, auch Boxhandschuhe oder Fäustlinge genannt, gesprochen, die als alternative Variante gewählt werden, statt der

Fixierung der Arme, da hierbei die Patient:innen weiterhin ihren Bewegungsdrang ausleben können, doch durch die Form des Handschuhs besteht nicht die Möglichkeit gezielt nach diversen Kabeln oder Zugängen greifen zu können.

Dennoch wurde in mehreren Interviews erwähnt, dass gerade die Verwendung der fixierenden Maßnahmen kaum, beziehungsweise in einem größeren Abstand von teilweise bis zu 24h, evaluiert werden, im Gegensatz zur Verwendung der medikamentösen Freiheitsbeschränkungen, die meist häufiger evaluiert werden.

[...] Also ich kann nur so sagen, wie ich es erlebe. Und das ist schon so, dass die Fixierung mit mechanischen Mitteln wesentlich lockerer gesehen wird als die medikamentöse [...] Aber die medikamentöse Therapie wird schon wesentlich strenger evaluiert als die mechanischen Mittel. [...] (Interview_12, Pos. 63-66)

Zudem stellt sich die Frage anhand welcher Aspekte die Auswahl der Form der freiheitsbeschränkenden Maßnahme getroffen wurde. Dies konnte in fast allen Interviews mittels der Selbstgefährdung der Patient:innen argumentiert werden. Hierbei ist die Sorge recht groß, dass lebenswichtige invasive Zugänge über die etwa auch kreislaufunterstützende Medikamente verabreicht werden, oder etwa auch der Beatmungsschlauch entfernt werden. Dadurch könnte es zu einem massiven Schaden bei den Patient:innen kommen und dies womöglich aus deren Perspektive nicht wahrgenommen werden kann aus unterschiedlichen Gründen. Der ebenfalls erwähnte Aspekt wäre auch die Fremdgefährdung, doch gerade hierbei wird immer wieder erwähnt, alternative Strategien anwenden zu können, wie etwa auch das Fernhalten vom Bett oder dem Versuch durch positives Zusprechen die Situation entschärfen zu können. Meist werden erst alternative Strategien überlegt, wenn Schläge oder Tritte gegenüber dem Pflegepersonal eingesetzt werden. In dieser Betrachtungsweise wird jedoch ebenfalls immer wieder erwähnt, dass vor allem bereits vorhandene Bräuche auf der jeweiligen Station akzeptiert werden sollen. Falls ein kritisches Hinterfragen der neuen Kolleg:innen stattfindet, wird dies immer wieder als Drama der vorhandenen Belegschaft bezeichnet oder auch mit Floskeln wie etwa „das haben wir immer schon so gemacht“ (Interview_10) abgewendet und dadurch nicht weiter besprochen.

Es konnte keine klare Tendenz der Präferenz der mechanischen oder medikamentösen Freiheitsbeschränkungen festgestellt werden, da in den Interviews betont wurde, dass es fast immer zu einer Kombination von beiden Varianten kommt und diese parallel laufen. Wenn ausschließlich eine Variante gewählt wird, ist dies die Verwendung der Medikamente und

wurde meist sogar immer wieder als routinemäßige Verwendung benannt. Doch auch bei den Handfixierungen wurde immer wieder in den Interviews gesagt, dass es hier zu einer viel zu häufigen Regelmäßigkeit kommt oder aber auch oftmals zu schnell angewendet wird.

[...] Jeder Patient, der intubiert ist, immer. Den können wir niederbügeln, mit Medikamenten ohne Ende. Der kann sich gar nicht bewegen, aber sicherheitshalber binden wir noch die Hände fest. [...] (Interview_10, Pos. 35-50)

Es wurde die Verwendung der durchgehenden Bettgitter kaum mehr erwähnt als Freiheitsbeschränkung, da meist im selben Atemzug betont wurde, es bestünde die Gefahr, dass die Patient:innen aus dem Bett fallen.

[...] Also ganz standardmäßig natürlich die Bettgitter sind oben, weil gerade wenn sie nicht komplett orientiert und oder die Narkose noch nicht sozusagen ganz ausgewaschen ist, dann kann es einfach dazu kommen, dass sie dann aus dem Bett fallen können usw. also das ist mal das erste, was wir für wahrscheinlich nicht so als richtige Freiheitsberaubung sehen. [...] (Interview_6, Pos. 29-36)

Dennoch kann gerade hierbei ebenfalls erwähnt werden, dass sich bereits bei diesem Aspekt der Formen der Freiheitsbeschränkungen in den Interviews sich klar herauskristallisierte, dass auch hier oftmals eine sehr individuelle Komponente der jeweiligen Pflegepersonen vorhanden ist und dies auch dem Personal tatsächlich bewusst ist. Immer wieder wird hierbei erwähnt, dass das Anwenden von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen als einfache Lösung der Problematik betrachtet wird.

[...] Und was man schon noch sagen muss, es kommt auch auf den von der Pflege her drauf an, wer halt beim Patienten ist. [...] (Interview_8, Pos. 31-42)

[...]. Und dann gibt es eine ganze Latte an nicht freiheitsbeschränkenden Maßnahmen. Die müsste man halt alle durchgehen, was kein Mensch macht. Die werden ja auch nirgends irgendwie dokumentiert oder sowas. Es wird dann fixiert, die einfachste Lösung. [...] (Interview_10, Pos. 75-78)

Abgesehen von den bereits oben erwähnten Standards, wie etwa das standardmäßige Fixieren aller Patient:innen nach Operationen, auf manchen Intensivstationen, die bei der

Aufnahme von neuen Patient:innen erfolgen, wurde darüber berichtet, dass keine Richtlinien oder Standards vorhanden sind. Es zeigt sich hier einerseits eine sehr positive Rückmeldung, da durch diese Freiheit recht individuell auf die Patient:innen reagiert und gehandelt werden kann und die Verwendung von Standards in solch einem sensiblen Bereich zum Teil auch als potentielle Gefahr wahrgenommen wird. Andererseits ist jedoch das individuelle Ermessen der jeweiligen Pflegeperson oft sehr unterschiedlich und etwa auch durch diverse Sorgen oder Bedenken, was alles passieren könnte, geprägt. Nicht nur lediglich die Auswahl der Freiheitsbeschränkung wirkt, als wäre es ein essenzieller Aspekt, auch eine gewisse Fertigkeit oder Kompetenz des Zeitpunkts der Anwendung scheint vor allem eine wesentliche Komponente darzustellen.

[...] Und ich hatte auch schon einen Patienten im Delir, den habe ich nicht fixiert. Er ist in der Nacht aufgestanden und gestürzt, aber dann ist er halt gestürzt, meine Güte. Das rechtfertigt für mich, also das Verhindern vom Sturz würde nicht für mich rechtfertigen, dass ich ihn dann jetzt Fünf-Punkt fixiere. Die Kosten-Nutzen Rechnung ist absurd, weil wenn ich ihn dann fixiere, müsste ich ihn ja auch wieder niederbügeln mit Medikamenten. [...] (Interview_10, Pos. 51-54)

[...] Und wir hatten einen Kollegen [...] der hat das niemals um 08:00 Uhr gegeben, weil es vorgeschrieben war. Der hat sich dann eben hingesetzt, hat dort seine ganze Dokumentation [...] gemacht, hat dann gemerkt [...] jetzt langsam wird der unruhig und dann hat er ihm das Seroquel gegeben und dann hat es gepasst. Vielleicht muss man einfach auch das Fingerspitzengefühl haben, aber das kann man niemanden beibringen. [...] (Interview_10, Pos. 83-90)

4.2.2 Dokumentation und Indikationsstellung der Freiheitsbeschränkung

Bezüglich der Dokumentation aber auch der Indikationsstellung zeigt sich, dass hauptsächlich das Pflegepersonal die Notwendigkeit einer Freiheitsbeschränkung erkennt, anwendet und mit dem ärztlichen Personal kommuniziert. Dies wird vor allem durch den häufigen Kontakt des Pflegepersonals mit den Patient:innen begründet, wodurch oftmals ein Feingefühl für manche Situationen entstehen kann.

[...] Tatsache ist, [...] die Pflege ist halt einfach öfters im Zimmer oder ständig im Zimmer und die Ärzte halt einfach nicht so oft. [...] und kriegen ja auch gar nicht

so unbedingt mit, wie der Patient sich vielleicht auch extrem verändert hat [...]
(Interview_11, Pos. 43-46)

Hierbei scheint ein Vertrauen von Seiten der Ärzt:innen gegenüber den Pflegepersonen zu herrschen, da fast ausschließlich eine nachträgliche Anordnung der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen stattfindet und kaum bis gar nicht die Indikation evaluiert oder nach alternativen Strategien gesucht wird.

[...] wenn ich jetzt zum Arzt oder zur Ärztin gehe und sage du bitte, wir brauchen da zum Beispiel Armfixierungen, weil es geht nicht anders, dass die gesagt hätten na, schauen wir mal oder probieren wir es mal anders oder so, könnte ich mich ehrlich gesagt nicht erinnern. [...] (Interview_11, Pos. 43-46)

Die pflegerische Dokumentation erfolgt in der elektronischen Dokumentation mittels ankreuzen, des Vorhandenseins von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen. Falls eine genauere Dokumentation stattfindet oder Begründungen sowie die Verwendung von milderer Mitteln beschrieben werden sollen, wird häufig die Komponente, der aufwendigen sowie zeitintensiven Dokumentation erläutert. Eine Erkenntnis des Pflegepersonals während der Interviews, ist jene der Unwissenheit, wann oder ob eine Fixierung auf einer Intensivstation gemeldet werden muss. Oder auch dem fehlerhaften Wissen des Pflegepersonals, da in fast allen Interviews erwähnt wurde, dass eine ärztliche Anordnung in Bezug auf die mechanischen Fixierungen ausreicht oder hierdurch eine Absicherung stattfindet. Lediglich auf einer Intensivstation wurde darüber berichtet, dass jede Anwendung einer Freiheitsbeschränkung gemeldet wird, wie es auf den Normalbettenstationen ebenfalls üblich ist, wodurch es ebenfalls zu einer Kontrolle kommen kann. Dies wird meist jedoch als Gefahr oder gar Bedrohung wahrgenommen, da die Sorge geäußert wird, des falschen Handelns oder des frühzeitigen Fixierens, anstatt als positive Ressource, da dies meist einen Blickwinkel von außerhalb ermöglicht, wodurch eine erneute Reflexion der Situation stattfinden kann.

Gerade auch im Bereich der medikamentösen Freiheitsbeschränkung dürften massive Unterschiede vorhanden sein, da immer wieder berichtet wird, dass jede Bolusgabe die Patient:innen benötigen, manuell im Computersystem aufgezeichnet werden müssen, doch dies dürfte in seltenen Fällen dokumentiert werden.

[...] aber theoretisch war es schon so vorgesehen, dass man da jeden Bolus auch einträgt. [...] (Interview_1, Pos. 43-50)

4.2.3 Bewusstsein bezüglich der Thematik der Freiheitsbeschränkungen

Allgemein stellt sich die Frage, ob ein Bewusstsein für die Thematik der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen vorhanden ist oder inwiefern sich dies äußert. Hierbei konnte mit den Interviews verdeutlicht werden, dass zumeist, wenn von den Freiheitsbeschränkungen gesprochen wird, das Pflegepersonal die fixierenden Maßnahmen meinten. Es wird in einem Interview davon berichtet, bei den medikamentösen Maßnahmen einen weniger großzügigeren Umgang zu erkennen, wobei dies zum Teil argumentiert wird, dass nicht so genau darauf geachtet wird. In den anderen Interviews, in denen berichtet wird, dass die medikamentöse Gabe als weniger schlimm betrachtet wird, als wenn jemand mechanisch fixiert wird.

[...] Aber wenn du ins Zimmer reinkommst und du siehst da viele Motorspritzen, das ist die eine Sache, aber wenn du siehst, dass der Patient eben zum Beispiel ein Handgelenk oder noch ärger, Brustgurt ins Bett geschnallt ist, das schießt dir sofort ins Auge. [...] das macht auch emotional also ganz was anderes mit einem [...] (Interview_10, Pos. 29-34)

Dennoch zeigt sich, dass das Bewusstsein für die Thematik sehr umfangreich ist, denn einige Pflegepersonen berichten darüber, dass durch die Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen auch Zeit eingespart werden oder auch das Personal möglicherweise Bedürfnisse der Patient:innen nicht adäquat wahrnehmen oder ihnen ausreichend Beachtung schenken kann, aus diversen unterschiedlichen Gründen.

[...] Ich könnte ja den Patienten jetzt eine Stunde lang erklären, warum er sich den Cava nicht rausziehen soll oder ich fixiere. Das eine dauert eine Minute und das andere ist eine Stunde Arbeit. Also ich glaube es ist der pragmatische Weg [...] (Interview_10, Pos. 79-82)

[...] weil wir nicht richtig hinhören, weil wir Bedürfnisse nicht sehen und richtig deuten können und oder ignorieren [...] (Interview_9, Pos. 93-96)

Daher zeigt sich, dass für die Thematik scheinbar ein Bewusstsein vorhanden ist, jedoch in unterschiedlicher Form sowie Intensität.

4.3 Auswirkungen und Umgang mit der Situation

In folgendem Kapitel werden einerseits die umfangreichen Auswirkungen sowohl auf die Patient:innen und ihre Angehörigen als auch das Pflegepersonal selbst und der Umgang sowie die Copingstrategien mit den Situationen näher erläutert.

4.3.1 Auswirkungen auf Patient:innen

Es zeigt sich, dass allen interviewten Pflegepersonen bewusst ist, dass die Anwendung von Zwang sowie den freiheitsbeschränkenden Maßnahmen jeglicher Art, sprich mechanische oder auch medikamentöse, Auswirkungen sowohl auf die physische als auch psychische Ebene der Patient:innen haben. Einerseits wird davon berichtet, dass die Medikamente nach einiger Zeit aus dem Kreislauf wieder ausgeschieden werden, wodurch es wohl lediglich kurzfristig zu einer Amnesie, also einer kurzen Unfähigkeit sich an Ereignisse zu erinnern, kommen kann. Andererseits werden die Patient:innen hierdurch scheinbar erschöpft und müde, wodurch die Frühmobilisation oder auch Physiotherapie erschwert wird und es erneut zu einer Förderung oder gar Verstärkung des Delirs kommen kann. Hierdurch kommt es zu einer Verlängerung des Intensivaufenthaltes. Weiters wird erwähnt, dass es durch die Medikamente, aber auch durch den dadurch hervorgerufenen Stress zu einer Erhöhung des Stoffwechsels und hierdurch einem Adrenalinausstoß kommt, wodurch erneut der wohl so wichtige Schlafrhythmus gestört wird.

Dieser Aspekt scheint dennoch einen kleineren Anteil auszumachen, denn vor allem bei der Anwendung der mechanischen Fixierungen berichten die Pflegepersonen unterschiedliche Folgen. Es wird kaum über physische Folgen, wie etwa sichtbare Hämatome oder leichte Abschürfungen durch die Fixierung der Hände berichtet, da dies meist nur der Fall ist, wenn die Patient:innen stark gegen die Fixierung ankämpfen und sich immer wieder aufbäumen oder gar an den Fixierungen stark anziehen.

Der wohl wesentlichste Aspekt scheint vor allem die Auswirkung der mechanischen Fixierungen auf die psychische Komponente der Patient:innen zu sein. Hierbei wird immer wieder von einer posttraumatischen Belastungsstörung berichtet. Des Weiteren zeigt sich, dass sehr häufig sich die Patient:innen an den Prozess des Fixierens negativ erinnern können. Viele Pflegepersonen sprechen meist im Nachhinein mit den Patient:innen darüber, weshalb eine Fixierung notwendig ist, wodurch zum einen eine Einsicht entsteht und zum

anderen sehr oft Schuldgefühle oder gar Ängste bei den Patient:innen hervorgerufen werden, hierbei ist vor allem auch gemeint, die Angst der Patient:innen erneut in solch eine Situation zu kommen, oder etwa das Schamgefühl über ihr aggressives Verhalten. Doch auch von Seiten der Pflege dürfte immer wieder eine gewisse Hemmung vorhanden sein, die Thematik anzusprechen, da es ihnen unangenehm ist, dass es keine andere Möglichkeit gab, als die Patient:innen zu fixieren. Vor allem durch die mechanischen Anwendungen wird von allen Interviewpartner:innen berichtet, dass es meist statt zu einer Besserung fast immer zu einer Verschlechterung der Situation kommt, da der Bewegungsdrang unterbunden wird und dies zu einer erhöhten Aggression führt.

Zwei weitere Faktoren sind zum einem die Wahrnehmung der Patient:innen und zum anderen die des Pflegepersonals. Hierbei ist gemeint, dass selbst, wenn Patient:innen sich an diverse Situationen nicht erinnern können, oder ihre Wahrnehmung verzerrt ist, bedeutet dies nicht, dass sie in der Phase ihren Körper nicht trotzdem spüren und fühlen.

[...] also selbst ein somnolenter Patient, der nicht ansprechbar ist, fühlt und spürt ja seinen Körper [...] (Interview_12, Pos. 67-70)

Bei der Wahrnehmung des Pflegepersonals kann berichtet werden, dass etwa Patient:innen, die bereits bei der Dienstübergabe mit Fixierungen übernommen werden, anders wahrgenommen werden, als wenn dies nicht der Fall ist. Hierbei wird davon berichtet, mit einer gewissen Vorsicht heranzugehen.

[...] Wenn ich einen Patienten fixiert übernehme, macht das für mich einen Unterschied, auch unbewusst in meiner Wahrnehmung, als wenn er nicht fixiert ist. Weil Fixierung bedeutet für mich [...] Patient hat randaliert, ist delirant, hat getobt, ist irgendwie in irgendeiner Art und Weise unberechenbar. [...] (Interview_12, Pos. 67-70)

Abgesehen von dieser veränderten Wahrnehmung, zeigt sich auch hier, dass Pflegepersonen immer wieder Bedürfnisse von Patient:innen nicht adäquat wahrnehmen und darauf reagieren.

[...] Es ist ja meistens von den Patienten irgendein Bedürfnis, dass sie äußern. Und [...] auf das wird nicht eingegangen, sondern das wird unterbunden [...] (Interview_2, Pos. 93-94)

Zusammenfassend kann jedoch festgehalten werden, dass in allen geführten Interviews von dem Pflegepersonal erwähnt wurde, dass es durch die Anwendung von Zwangsmaßnahmen zu, vor allem psychischen Folgen, bei Patient:innen kommt, mit denen diese oft noch einige Zeit später zu kämpfen haben.

4.3.2 Auswirkung auf Angehörige

Der wohl wesentlichste Fokus bei der Interaktion mit den Angehörigen scheint vor allem die Kommunikation und der persönliche Kontakt sowie die Interaktion zu sein. Denn in allen geführten Interviews wurden erwähnt, dass darauf geachtet wird, die Angehörigen beim ersten Besuch auf der Intensivstation zum Zimmer zu begleiten. Hierbei wird ihnen kurz und prägnant zusammengefasst, welches Bild die Angehörigen vorfinden. Es zeigt sich hier oftmals eine Überforderung durch die Vielzahl der Schläuche, Medikamente und Kabel. Dabei ist bei vielen Angehörigen das Vertrauen in das Personal vor Ort und gleichzeitig die eigenen Berührungsängste der Angehörigen sehr hoch. Vor allem auch durch die primäre Überforderung scheint sich der wesentliche Fokus auf andere Dinge zu lenken, wodurch sich noch mehr herauskristallisiert, dass es essenziell scheint die Angehörigen nicht allein zu lassen in dieser Situation. Daher wird sich oft die Zeit genommen, um ihnen alles genau zu erklären, inklusive der Verwendung sowie der Notwendigkeit.

Es wird oftmals erwähnt, dass vor allem die mechanischen Fixierungen von den Angehörigen primär wahrgenommen und die medikamentösen Maßnahmen viel mehr als Notwendigkeit in Gegensatz zur Sichtweise der Freiheitsbeschränkung gesehen werden. Vor allem durch die Erklärung der Notwendigkeit der Schutzfixierung wird immer wieder durch die Interviewpartner:innen berichtet, dass es auf sie so wirkt als fühlten sich die Angehörigen schuldig für das Verhalten. Dennoch scheinen die Gespräche immer wieder sehr aufklärend auch für das Pflegepersonal zu sein, da immer wieder scheinbare Gründe für ein aggressives Verhalten zum Vorschein kommen können. Die Situation der aggressiven Patient:innen dürfte besonders schwer zum Aushalten sein, da die Gewalt auch immer wieder gegen die Angehörigen gerichtet ist, wie etwa auch in Interview 9 berichtet wird.

[...] nicht jede angehörige Person schafft es die Liebsten so zu sehen, zu begleiten und (..) häufig sind Aggression und Gewalt auch gegen Angehörige gerichtet [...]
(Interview_9, Pos. 55-58)

Eine Möglichkeit wird trotzdem immer wieder erwähnt, denn oftmals wird durch das Pflegepersonal die mechanische Fixierung während der Besuchszeit gelöst, um den

Angehörigen auch die Möglichkeit zu geben, eine kleine Form der Verantwortung zu übernehmen. In Kontrast steht jedoch, dass einige Pflegepersonen der Meinung sind, dass dies nicht in den Aufgabenbereich der Angehörigen fällt und diese mit anderen Dingen, wie etwa der Verarbeitung der Situation ausreichend beschäftigt sind.

[...] die sedierenden Medikamente, die kontinuierlich sind, lassen wir. Aber wenn so lange es möglich ist, halten wir das von der Besuchszeit fern, damit die Menschen interagieren können [...] Aber eigentlich gebe ich die Fixierung immer weg, außer die Patienten sind noch im Weaning, sediert, weil das will ich den Angehörigen dann nicht zumuten, dass sie da jetzt aufpassen müssen. [...]
(Interview_12, Pos. 71-78)

4.3.3 Auswirkungen auf das Personal

Es zeigt sich, dass alle interviewten Personen mindestens eine Situation im Zusammenhang mit der Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen erlebt haben, an die sie sich sehr genau erinnern können. Zum Teil scheinen diese Situationen etwa durch eine psychische Ausnahmesituation der Patient:innen ausgelöst worden sein, doch zum anderen Teil dürfte immer wieder auch ein Zusammenhang durch das Pflegepersonals vorhanden gewesen sein.

[...] ich glaube, dass es einfach eine Überforderung der Pflege war. Und deshalb, weil der Patient so ein auffälliges, forderndes Verhalten gezeigt hat, also viel Aufmerksamkeit durch sein Verhalten, dass sie einfach nicht weiter gewusst haben, und dann Sedierung, [Anm.: Fünfpunkt-] Fixierung, fertig. [...] (Interview_10, Pos. 55-68)

Gerade in diesen beschriebenen Situationen scheint vor allem ein hohes Maß an verbaler aber auch körperlicher Aggression und auch Gewalt von beiden Seiten, sprich jener der Patient:innen als auch daraufhin resultierend von Personalseite, vorhanden zu sein.

[...] die wäre uns aus dem Fenster gesprungen [...] dass man eben Fünfpunkt fixieren musste. [...] Die Patientin hat geschrien und ähm das war, das war grauslich, echt. Also da habe ich Gänsehaut gehabt. Mir war schon klar in dem Moment, man hat ja auch gemerkt, man konnte sie nicht, wenn ich so sagen darf bändigen [...] Aber das war schon schlimm, dass drei vier Leute auf eine Person

sozusagen losgehen [...] übermannen im wahrsten Sinne des Wortes. [...]
(Interview_11, Pos. 106-111)

Doch abgesehen von der Anwendung der mechanischen Fixierungen, kann es auch zu einprägsamen Erlebnissen durch die Verwendung von medikamentösen Maßnahmen kommen.

[...] Den hat eine Kollegin am Abend zum Schlafen eine halbe Tablette Temesta gegeben, also 0,5mg, beide Seitenteile hinauf. Der hat 18h durchgeschlafen, ist dann aufgewacht, über das Seitenteil drüber geklettert und hat sich das Genick gebrochen. [...] (Interview_10, Pos. 151-160)

Abgesehen von den prägenden Erlebnissen, wird ebenfalls unterschiedlich über die Anwendung der Freiheitsbeschränkungen in den Interviews berichtet. Denn in vielen Interviews wird beschrieben, dass sich die Pflegepersonen über die medikamentösen Freiheitsbeschränkungen kaum bis keine Gedanken vor der Durchführung der Interviews gemacht haben. Auf Grund von der Notwendigkeit und der fehlenden alternativen Möglichkeit fehlt hierfür der Blickwinkel.

[...] dass eigentlich die Medikamente für mich jetzt nicht so vorrangig, quasi sind, weil das sind die Sachen, die er in der Situation quasi braucht. Mache ich schon einen Unterschied eigentlich, dass ich persönlich diese mechanischen viel, viel schlimmer finde als die Medikamentösen. Aber ich habe mir darüber vor unserem Interview noch nie Gedanken gemacht. So ehrlich bin ich. [...] (Interview_13, Pos. 111-122)

[...] bei Medikamenten finde ich es nicht so belastend, weil sie dann ja immer noch interagieren können und einfach halt ruhiger sind und bisschen manchmal vielleicht ein bisschen dösen und entspannter sind. Aber bei mechanischen Fixierungen tut mir das dann schon oft weh. Das ist, das ist ganz schwierig für mich manchmal, wenn ich dann Menschen fixieren muss. [...] (Interview_12, Pos. 79-80)

Im Vergleich zu der Verwendung der Medikamentengabe wird vor allem bei der Anwendung von mechanischen Fixierungen immer wieder von einem klaren und bewussten Akt gesprochen.

[...] ist die Pflege mit den medikamentösen [...] vielleicht ein bisschen was ist großzügig, aber nicht großzügig, sondern halt einfach nicht mehr so bewusst, weil es noch nicht so bewusst als wie wenn ich ein Handgelenk fixiere. Das ist finde ich immer eine ganz bewusste, ich hänge das um ein Handgelenk, ich binde das da unten fest, das ist ganz bewusst. Also Propofolbolus ist schnell gegeben muss ich ehrlich sagen. [...] (Interview_11, Pos. 92-93)

Weiters wird in allen geführten Interviews von dem Pflegepersonal berichtet, dass die Anwendung der mechanischen Fixierungen etwas in den Personen verursacht. Oftmals kann es schwer in Worte gefasst werden und es zeigt sich die Schwierigkeit der klaren Artikulation. Oftmals wird auch darüber berichtet, dass eine Vermeidung von Patient:innen die Schutzfixiert sind, angewendet wird. Ein wesentlicher Aspekt hierbei scheint auch ein hohes Maß an Mitgefühl, wie etwa selbst in der Patient:innensituation zu sein.

[...] schauen wir, dass man das so schnell wie möglich wegstreichen irgendwie, weil es ist ja auch nicht schön anzuschauen, wenn jemand gefesselt ist. [...] (Interview_11, Pos. 60-67)

Abgesehen hiervon zeigt sich ein schlechtes Gewissen bei dem Pflegepersonal nach der Anwendung von mechanischen Maßnahmen, wobei dieses immer wieder mit Aussagen, wie etwa keine andere Wahl oder Möglichkeit zu haben, versucht wird zu beruhigen. Selbst wenn ein hohes Wissen im Bereich der alternativen Möglichkeiten und der Anwendung von gelinderen Mitteln vorhanden ist sowie die Möglichkeit von unzähligen Alternativen und dahingehend die Notwendigkeit der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, wodurch auch besser begründet werden kann, zeigt sich dennoch, dass solch eine Situation von Seiten des Pflegepersonals als unangenehme Situation beschrieben wird. Durch ein geringeres Wissen, resultiert eine erheblich höhere Angst vor den möglichen Konsequenzen und dem daraus möglicherweise entstehenden Komplikationen.

[...] Ich glaube, es hängt ein bisschen mit dem schlechten Gewissen der Person ab, die das macht. So manche haben dann doch ein schlechtes Gewissen und dann wird es sehr loser. [...] (Interview_4, Pos. 55-78)

Ein ebenso nicht unerheblicher Faktor scheint jener der Zeit aber auch der persönliche Wille zu sein. Denn durch den Personalschlüssel, zwei Patient:innen betreuen zu müssen, fehlt gerade in solchen Situationen die Zeit sich länger mit einer Person beschäftigen zu können und das Wissen, dass andere Arbeit ebenfalls erledigt werden muss oder aber auch die Unmöglichkeit sich aufzuteilen, um mehreren Patient:innen gerecht werden zu können. Hierbei ist vor allem auch das Wissen vorhanden, gerne anders gehandelt zu haben, jedoch nicht die Möglichkeit gehabt zu haben. In diesem Fall ist der Wille der Pflegeperson, eine adäquate Versorgung für die Patient:innen zu erbringen, deutlich erkenntlich. Bezüglich des Aspekts der Zeit, ist ebenfalls die Dauer der Anstellung in dem Beruf gemeint, denn hierbei wird immer wieder erwähnt, dass etwa die Anwendung der medikamentösen Freiheitsbeschränkung gerade zu Beginn in dem Berufsfeld problematisch ist, jedoch mit der Zeit einfacher funktioniert und nebensächlicher wird.

[...] Also ja, die Handfixierung verwenden wir meiner Meinung nach viel zu schnell, viel zu früh. Meistens ist irgendwas, weil man sich fürchtet, wo gar keine (..) Unruhe oder so schon da wäre, sondern eigentlich, wenn man wegen dem Tubus Angst hat. [...] (Interview_4, Pos. 47-50)

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass vor allem die Anwendung der mechanischen Fixierungen mit Aussagen wie etwa „das tut schon weh“, „das macht was mit dir“, „man macht es nie gerne“, „es tut mir leid“, „es macht mich traurig“ oder aber auch „ich möchte es eigentlich nicht machen“ versucht wird zu beschreiben. Zudem wird immer wieder erwähnt, mit der Anwendung nicht glücklich zu sein, oder etwa nicht gut aus einem Dienst zu gehen.

[...] wenn sie sich an dich erinnern können zu sagen, sie waren der Böse, sie haben mich gefesselt, sie haben mich niedergestreckt oder wie auch immer. Ja also das tut dann schon manchmal ein bisschen weh. [...] (Interview_8, Pos. 89-94)

4.3.4 Umgangsstrategien des Personals

Das Pflegepersonal zeigt unterschiedliche Vorgehensweise mit solchen Situationen umzugehen. Etwa wird von manchen Interviewpartner:innen erwähnt, dass eine Art Ritual angewendet wird, wie etwa durch das Tragen der Uniform eine Rolle einzunehmen. Am Abend wird immer wieder erwähnt, dass das Duschen auf der Station hierbei ebenso beiträgt, um einen klaren Unterschied der Rollen zwischen Beruf und Privatleben ziehen zu können.

Dies dient vor allem dafür, vor allem eine bessere Abgrenzung bei belastenden Situationen, wie etwa auch zum Teil das Anwenden von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen zu erlangen.

Der wohl ebenfalls wichtige Aspekt scheint die Kommunikation zu sein. Wobei dies sehr unterschiedlich sein kann, etwa das Gespräch oder auch der Austausch mit Kolleg:innen, aber auch immer wieder das Berichten der Situationen im privaten Umfeld. Weiters besteht ebenfalls die Möglichkeit mit den Patient:innen nach dem Durchleben der Akutphase ebenfalls darüber zu sprechen. Doch gehäuft wird darüber berichtet, vor allem den Gesprächsbedarf im privaten Umfeld zu suchen.

[...] In so einem Spezialbereich hast du mit sehr vielen Schicksalen, oder wirst mit sehr vielen Schicksalen konfrontiert und [...] entwickelst du einfach aus Selbstschutz einen gewissen Humor, oder tust du Sachen wie zum Beispiel diese zweipunkt Fixierung quasi verniedlichen, damit du mit der ganzen Situation besser umgehen kannst. Es ist eigentlich wie eine Coping Strategie für dich selbst, auch bisschen als Selbstschutz, dass du nicht zu viel an dich ranlässt [...] (Interview_13, Pos. 111-122)

Vor allem die Art und Weise wie über die Anwendung der mechanischen Fixierung gesprochen wird, scheint ebenfalls eine Form der Bewältigungsstrategien zu sein, da es hier zu der Verniedlichung des Begriffs kommt.

[...] wir sagen Freundschaftsbänder dazu, das ist halt, damit das auch vielleicht für uns leichter ist zum Umgehen. [...] (Interview_13, Pos. 35-40)

Abgesehen hiervon scheint immer wieder auch der Wunsch nach gemeinsamen Supervisionen oder Besprechungen zur besseren Verarbeitung vorhanden zu sein.

[...] Diese Kultur mit dem das ist halt so und so lange das halt auch wie vorher gesagt stillschweigend hingenommen wird, ergibt es auch keinen Sinn, warum man aufgrund dessen ein Debriefing machen sollte. Das heißt, da gehört ein bisschen mehr auch Sensibilität, Sensibilisierung dafür, dass das halt einfach etwas, [...] was niemanden Spaß macht, und das muss man einfach auch als solches einschätzen und auch würdigen, dass man Sachen macht, die halt vielleicht einen moralischen Distress verursachen und dass das halt auch

emotionale Arbeit ist und dass das halt auch eine Belastung ist. Und das, finde ich, gibt es nicht wirklich ein Gefühl dafür. [...] (Interview_2, Pos. 157-160)

4.4 Teamdynamik

Die Teamdynamik scheint ebenfalls einen wesentlichen Aspekt auf die Anwendung aber auch Verarbeitung der Situationen von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen zu haben.

Unter diesem Begriff wird nicht, wie im herkömmlichen Sinne, das pflegerische Team gesehen, sondern es wird ebenfalls der Beruf der Medizin inkludiert, da auf den Intensivstationen eine enge Zusammenarbeit stattfindet.. Immer wieder wird erwähnt, dass die Entscheidungen bezüglich der Freiheitsbeschränkungen, die durch das Pflegepersonal getroffen werden, nicht durch das medizinische Personal hinterfragt oder gar angezweifelt, sondern akzeptiert werden. Auf manchen Intensivstationen kann jedoch betrachtet werden, dass die Teamkultur gepflegt wird, dass bei der täglichen Visite, bei der wichtige Informationen über die Patient:innen ausgetauscht werden, ebenfalls gemeinsam die Indikation der mechanischen und medikamentösen Fixierung besprochen und evaluiert wird. Hierbei wird positiv vom Pflegepersonal berichtet, dass durch das Ansprechen der Thematik womöglich andere Personen im Team Ideen zu alternativen Strategien, anstatt das Anwenden der Fixierung haben. Abgesehen von diesen positiven Erfahrungen wird ebenfalls darüber berichtet, dass die Thematik ein Spannungsfeld zwischen den Berufsgruppen eröffnet, da einige Pflegepersonen sehr bemüht jede medikamentöse Bolusgabe in das Dokumentationssystem eintragen, damit dies auch für das ärztliche Personal ersichtlich ist und diese sich womöglich ebenfalls gemeinsam alternative Strategien überlegen, doch dies findet meist nicht statt, wodurch es zu einer Frustration des Pflegepersonals kommt. Weiters scheint es immer wieder zu einer fehlenden Kommunikation zu kommen, wodurch Patient:innen nicht oder verzögert, ihre benötigte Medikation, bekommen. Gerade bei diesem Prozess zeigt sich auch die Berufsgruppe der Physiotherapie als Schlüsselstelle. Von den Befragten wird dazu berichtet, wie zugänglich die Patient:innen während den Übungen der Physiotherapie waren und oftmals kann danach die etwaige Schutzfixierung weggelassen werden und dies immer wieder auch ein gewisser Blickwinkel von einer zusätzlichen Person sein kann. Meist wird darüber berichtet, dass der Bewegungsdrang der Patient:innen sehr wichtig ist und nicht ignoriert werden sollte.

Eine ebenfalls herausgenommene Position scheint immer wieder auch die Rolle der Stationsleitung zu sein. Diese kann oftmals besser einen Verlauf von Patient:innen beobachten, da diese meist Montag bis Freitag tätig ist und sich dadurch täglich ein neues

Bild machen kann. Entsprechend scheint diese Person immer wieder wie ein waches Auge beschrieben zu werden und somit weist sie das Personal darauf hin, mehrmals täglich die Indikation zu evaluieren. Dennoch zeigen sich hier ebenfalls Abweichungen, je nach persönlicher Motivation.

Der wohl wesentlichste Teil scheint trotzdem das Zusammenspiel innerhalb des pflegerischen Teams zu sein. Bei diesem Aspekt sind zwei Faktoren von Bedeutung, nämlich die allgemeine Haltung und Atmosphäre im Team, aber auch die Einschulung. Gerade in diesen drei Monaten der Einschulung, durch erfahrenes Personal werden wichtige Fertigkeiten und der Ablauf auf der jeweiligen Station nähergebracht, doch die einzuschulende Person muss sich hier meist unterordnen.

[...] von vornherein gleich mal alle zu fixieren, geht mir persönlich nicht ein. Und das war halt die Aussage, wie es halt oft bei uns in der Pflege ist, das haben wir schon immer so gemacht, deswegen machen wir das. Das war halt ja und entweder findest du dich mit der Aussage ab oder nicht. Ich habe dann diese drei Monate Einschulung hinter mir und ich mache es jetzt einfach nicht. [...]
(Interview_13, Pos. 41-46)

[...] Das war auch in meiner Einschulung schon. Jeder wird fixiert und wenn einer nicht fixiert ist, dann ist es so ein, ein Drama. [...] (Interview_10, Pos. 35-50)

[...] Ich glaube, dass das einfach durch die Einstellung einfach von Generation zu Generation so weitergegeben wird. Und dadurch, dass es so gelebt wird, ist es ja normal. [...] (Interview_10, Pos. 111-120)

Auch hier wird vor allem erwähnt, dass durch eine längere Arbeitserfahrung der offene Blickwinkel und das Bewusstsein für die Tragweite fehlt. Es scheint zu einer Art Routine zu werden, Patient:innen zu fixieren. Zudem scheinen Pflegepersonen vor allem mit dem Prozess der Veränderung Probleme zu haben, da etwa die Anwendung der Fixation nicht hinterfragt wird und Interviewpartner:innen darüber berichten, vermehrte Diskussionen mit Kolleg:innen ausgesetzt zu sein, durch das Hinterfragen von den freiheitsbeschränkenden Maßnahmen.

[...] Aber ich find die Kollegen, die einfach schon viel, viel länger in der Pflege sind, denken nicht so viel darüber nach, ist ur ein schlechtes Wort, [...] für sie ist es halt

noch gewohnter irgendwie [...] fixiert und ja klar der wird fixiert und fertig [...]
(Interview_11, Pos. 60-67)

Durch ein positives Arbeitsklima kann über die Thematik oder auch die Indikationen der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen offen untereinander gesprochen werden. Es wird erwähnt, dass etwa auch bei den Dienstübergaben zwischen dem Pflegepersonal, bei der direkten Übergabe der Patient:innen am Bett, gesprochen wird, ob der anderen Person möglicherweise Ideen für andere Alternativen einfallen. Durch die unterschiedlichen Charaktere und Einstellungen in den jeweiligen Teams kommt es immer wieder zu Gruppierungen mit unterschiedlichen Ansichten. Doch gerade, wenn diese unterschiedlichen Sichtweisen miteinander pflegen, kann es entweder zu einem guten Austausch kommen, etwa bei der direkten Pflege am Bett, wo gemeinsam besprochen wird, ob die mechanische Fixierung noch indiziert ist, oder Alternativen gefunden werden können. Oder aber es kann zu Auseinandersetzungen kommen, weshalb die Arbeitsweise hinterfragt wird.

[...] Ich bin schon angeeckt, aber ich bin einfach standhaft geblieben. Und das ist ja, grundsätzlich ich belaste ja niemanden damit, dass ist ja meine zwölf Stunden, die ich für den Patienten gestalte. Also kann es ja jedem egal sein, ob ich da jetzt vier Stunden im Zimmer stehe oder was anderes mache. [...] (Interview_13, Pos. 47-50)

Doch vor allem als neue und junge Person im Team, wobei hier sowohl neue Mitarbeiter:innen als auch jene Personen mit wenig Berufserfahrung gemeint sind, scheint es immer wieder eine Schwierigkeit zu sein, mit neuen Sichtweisen oder Haltungen andere zu überzeugen oder lediglich diesen persönlichen Werten treu zu bleiben. Immer wieder werden ältere Handlungsvorgehen lautstark kritisiert, wobei dies meist mit den Freiheitsbeschränkungen in Zusammenhang mit dem Weg des geringeren Widerstands und Bequemlichkeit zu tun hat.

[...] Es ist, so schlimm es auch ist, aber es ist für einen selber dann sehr sehr unklug, wenn man dann eine soziale Dynamik gegen sich entwickelt. Vor allem als junger Kollege ist man dann schnell mal der Obergescheite, auch wenn man irgendwas nur gut meint. [...] (Interview_12, Pos. 37-40)

[...] Man kämpft halt gegen Windmühlen. [...] (Interview_10, Pos. 197-202)

Dennoch scheinen einige untereinander im Team zu reden, wobei hier immer wieder die Stimmen der Teamsupervision sehr laut werden, da diese Gespräche meist untereinander im Sozialraum bei einem Kaffee stattfinden und eher selten in der größeren Runde offen darüber gesprochen wird. Weiters wird sich von mehreren Personen auch gewünscht, einerseits eine Art der dritten Evaluierung, bezüglich der Indikationsstellung der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, etwa durch weitere Personen wie etwa auch eine Stationsleitung, zu haben, durch die eine neue Bewertung und Beobachtung der Situation stattfindet und aber auch immer wieder sogenannte Schwerpunkte. Hierbei ist gemeint, quartalsweise oder in einem anderen Zeitabstand pflegerisch relevante Themen gemeinsam zu bearbeiten und zu besprechen, die durch Arbeitsgruppen vorher aufbereitet und dann im Arbeitsalltag vorgelebt werden.

Zusammenfassend kann erwähnt werden, dass eine offene Haltung gegenüber Erneuerung, neuen Wegen und Sichtweisen sowie ein offenes Arbeits- und Gesprächsklima im Zusammenhang des Teams die wesentlichsten Faktoren sind.

4.5 Veränderungsmöglichkeiten

Bezüglich der Wünsche des Personals für die Zukunft der Thematik scheinen sich mehrere Themenfelder zu öffnen. Vor allem der Wunsch nach Sensibilisierung in dem Bereich der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen ist kaum zu überhören. Hierbei wird vor allem immer wieder erwähnt, sich selbst in diese Situationen der Sichtweise der Patient:innen zu versetzen oder auch das tatsächliche Erleben solcher Situationen mit Hilfe von Selbsterfahrungen bei Fortbildungen.

[...] Ich habe die Fixierung für die Pflege gelöst und er hat immer wieder mit den Händen nach oben gegriffen. Ich habe ihn dann gebeten, dass nicht zu machen, er hat es aber immer wieder gemacht. Dann habe ich ihn aber irgendwann lassen und er hat sich an der Nase gekratzt. Und jetzt stell dir vor, du bist fixiert in einem Bett und dich juckt die scheiß Nase. [...] (Interview_10, Pos. 236-248)

Die häufigste genannte Komponente hierbei ist vor allem der hohe Wunsch nach Supervisionen oder eben Nachbesprechungen, vor allem auch in Kleingruppen. Hierbei können ebenfalls Fallbeispiele herangezogen und gemeinsam alternative Strategien oder Sichtweisen von Kolleg:innen besprochen werden. Es dient etwa auch zur Bewältigung von schwierigen Situationen, aber auch dazu, erneut die Thematik ins Bewusstsein aller zu rufen,

wobei hier immer wieder das Leben einer offenen Kultur erwähnt wird, um etwa auch einem sogenannten Abstumpfen entgegenwirken zu können.

Im Zuge dessen wird ebenfalls immer wieder der Wunsch nach mehr Fort- und Weiterbildungen in diesem Themenbereich, wie etwa Delir, alternative Strategien oder auch zur Stressbewältigung erwähnt, da die angebotenen Deeskalationstrainings meist lediglich manuelle Fertigkeiten lehren und kaum Bezug auf alternative Kommunikationsstrategien nehmen oder die korrekte Anwendung der fixierenden Maßnahmen lehrt.

[...] Ich muss aber auch sagen, es wird in Zukunft notwendiger werden, dass auch Intensivstationen da vermehrt kontrolliert werden müssen, weil man einfach weggeht von der tiefsedierten Patiententendenz also (..) man geht weg von den sedierenden Maßnahmen. Bedeutet die Patienten sind wacher und können natürlich Zustände wie Ängste oder Aggressionen entwickeln. [...] (Interview_9, Pos. 65-75)

Es wird kritisch erwähnt, dass sowohl in der Grund- als auch Sonderausbildung kaum bis wenig bezüglich dieser Thematik gelehrt wird. Daher erwähnen viele Pflegepersonen, dass bei ihnen vor allem auch das Wissen der alternativen Strategien oder gelinderen Mitteln, wie oftmals in der Literatur die alternativen Varianten genannt werden, die vor allem auch den pflegerischen Tätigkeitsbereich betreffen, kaum vorhanden ist. Zudem wird der Wunsch nach Pflegeexpert:innen oder einer Stabstelle erwähnt, an die sich das Pflegepersonal mit allen Fragen oder Anliegen wenden kann, vor allem auch im Umgang mit herausfordernden Verhalten, Delirmanagement aber auch das individuelle Erarbeiten von angepassten Alternativen Strategien zu den freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, je nach Situation. Des Weiteren wünschen sich einige mehr Zugang zu Fachliteratur, auch über Online-Datenbanken, um selbstständig eine Recherche bezüglich alternativen Möglichkeiten, statt einer Fixierung oder auch den rechtlichen Aspekten während dem Dienst durchführen zu können.

[...] Ganz ohne wird es wahrscheinlich nie gehen, aber dass wir es wirklich auf ein absolutes Minimum reduzieren können, dass wir freiheitsentziehende Maßnahmen nicht routiniert einsetzen, flächendeckend in der Pflege, sondern wirklich als worst case und mit dem Hintergedanken, wenn ich diese Maßnahme setze, habe ich einen langen Rattenschwanz an negativen Auswirkungen, dass dies der professionellen Pflege wirklich bewusst ist, dass wir ein Delir dadurch

verstärken können, dass wir PTBS dadurch in der in der Häufigkeit anheben. Ja generell also die psychische Gesundheit ist mehr als gefährdet. Das wir das im Kopf haben und dass wir uns als Profession kreativ ausleben [...] (Interview_9, Pos. 109-112)

Die Befragten erhoffen sich auch einen „eins zu eins Pflegeschlüssel auf der Intensivstation“ v, um sich mehr Zeit für die Patient:innen nehmen zu können. Es wird erwähnt, dass gerade zu dem Zeitpunkt des aufwändigen Weanings von der künstlichen Beatmung kaum die Möglichkeit besteht, zwei Patient:innen adäquat betreuen zu können. Durch mehr Betreuung wird eine Reduktion der Anwendung der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen erwartet. Zudem besteht dadurch die Möglichkeit, den Patient:innen mehr Zeit in dem Prozess zu geben und weniger rasche Extubationen durchzuführen, wobei hierbei meist erwähnt wird, dass dies mit der allgemeinen Schnelllebigkeit des Lebens zu tun hat. Hierdurch wird vor allem durch einer geringeren Frequenz an Agitation argumentiert, wodurch es weniger häufig zu einer Fixierung kommt.

[...] Und ich glaube, wenn man da den Schlüssel hätte, so eins zu eins und die Pflege auch motiviert wäre und sich die Zeit nimmt und nicht nur im Sozialraum sitzt, könnte man das sicher umsetzen. [...] (Interview_10, Pos. 121-122)

[...] Es ist schon intensiver geworden, muss ich sagen, von früher her. (..) Eben wie gesagt, war es früher nicht notwendig, gab es andere Medikamente, ist es einfach, ist das Patientengut mehr irgendwelchen Vorerkrankungen quasi ausgesetzt [...] (Interview_8, Pos. 128-134)

Dennoch wird von allen interviewten Personen erwähnt, dass es mit einer Person an sich zu tun hat, inwiefern etwas besser oder schlechter umgesetzt werden kann.

[...] Freiheitsentziehende Maßnahmen und dieser moralische Stress für Pflegekräfte kommt nicht nur von den Patienten, sondern auch von den Angehörigen. Weil die kommen dann auf die Station und sagen, warum ist mein Mann, meine Frau [...] fixiert, und dann stehen wir als Fachkräfte vor Argumentationen, die wir vielleicht selber nicht beantworten können, weil wir voreilig fixiert haben. Also ich glaube, das ist ein wichtiger Faktor, wenn man über moralischen Stress spricht, dass wir ja oft Dinge durchführen müssen, die gar nicht

zu unseren eigenen Werten passen. Und dann werden wir auch mit solchen Fragen konfrontiert, die was wir eigentlich für uns gar nicht beantworten können.
[...] (Interview_9, Pos. 115-116)

5. Diskussion

In diesem Kapitel wird die identifizierte Literatur mit den Ergebnissen der Forschung kritisch diskutiert, des Weiteren wird die Forschungsfrage beantwortet.

5.1 Interpretation der Ergebnisse und Beantwortung der Forschungsfrage

Wie etwa in der Studie von Jöbges & Biller-Andorno (2021) bereits beschrieben, zielt die Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen nicht ausschließlich dem Schutz der Patient:innen ab. Diese Erkenntnis ist auch in den durchgeführten Interviews Thema. Klare Gründe hierfür waren zum Teil fehlende Ressourcen oder etwa auch scheinbar veraltete Standards diverser Intensivstationen oder etwa starre gelebte Gewohnheiten. Diese Erkenntnisse, etwa das standardmäßige fixieren von Patient:innen nach Operationen, unabhängig von der Tiefe der Sedierung decken sich ebenfalls mit der Literatur (Jöbges & Biller-Andorno, 2021). Ein ebenfalls sehr spannender Aspekt hierbei ist vor allem jener, dass durch die Interviewpartner:innen hauptsächlich Bezug auf die mechanischen Fixierungen genommen wird und die medikamentösen Maßnahmen eher als unumgängliche Gegebenheit dargestellt werden. Gerade hier sollte weitere Forschung durchgeführt werden, weshalb in der Wahrnehmung hierbei ein solcher Unterschied vorhanden ist. Eine weitere Erkenntnis, die ebenfalls mit jener der Literatur gleich erscheint ist jener Bericht, dass etwa die Patient:innen nach der Anwendung von Zwang vermehrt über Ängste berichten. Dieser Aspekt konnte ebenfalls in den Interviews identifiziert werden. Um dieser Problematik vorzubeugen scheint eine adäquate Kommunikation, laut Literatur und der Forschungserhebung essentiell zu sein (Jöbges & Biller-Andorno, 2021).

Gerade auch in der Literatur wird beschrieben, dass es zu einem Moral Distress von Intensivpflegepersonal kommen kann, meist kommt es hierzu durch die Unfähigkeit im Interesse der Patient:innen handeln zu können. In der Literatur wird dabei angenommen, dass ein wertschätzender Umgang im Team vermutlich einen positiven Beitrag leisten kann (Jöbges & Biller-Andorno, 2021). Daher scheint es von wesentlicher Bedeutung zu sein, dass gerade dies in der Forschung ebenfalls klar ersichtlich ist. Denn die Haltung der Teamkolleg:innen aber auch die Möglichkeit frei über die Thematik sprechen zu können, leisten einen wesentlichen Beitrag zur besseren Entwicklung und Reduktion von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, wie etwa mehrmals in den Interviews erwähnt wurde. In diesem Zusammenhang wird jedoch nicht klar definiert, welche Mitglieder hier in diesen Begriff des Teams inkludiert werden. Daher wird von der Autorin dieser Arbeit angenommen, dass alle Berufsgruppen, die auf der Intensivstation eng miteinander arbeiten, gleichermaßen

gemeint sind. Es sollte in diesen Teams ein hohes Maß an Vertrauen vorhanden zu sein, einerseits innerhalb der Berufsgruppe und andererseits interdisziplinär mit mehreren anderen Berufsgruppen. Dies scheint etwa auch eine Art Voraussetzung zu sein, um etwa bestmöglich für die Patient:innen arbeiten zu können. Gerade die Möglichkeit die Patient:innen in die Therapie mehr einzubinden inkludiert die Notwendigkeit eines funktionierenden Teamgefüges und der Wertschätzung aller Berufe. Diese Voraussetzung, die Intensivpatient:innen als Individuum anzusehen, wird ebenfalls in der Literatur von Jöbges & Biller-Andorno (2021) als mögliche Lösungsstrategie erwähnt.

In der Studie von Prentice & Gillam (2018) wird etwa auch berichtet, dass durch das nicht erkennen von Moral Distress auf längeren Zeitraum zu einem veränderten Verhalten sowie unterdrücken von Emotionen führen kann. Dies wurde ebenfalls in den Interviews berichtet, wie etwa das gewisse Patient:innen vermieden werden. Zudem wird dies ebenfalls unterstrichen, da Pflegepersonen darüber berichten, zum Teil anders Handeln zu müssen, als es ihrer Haltung oder ihren persönlichen moralischen Einstellungen und Werten entspricht. Fast alle der Interviewpartner:innen erkennen in solchen Situationen, in denen eine freiheitsbeschränkende Maßnahme vorliegt eine Belastung auf unterschiedlichen Ebenen. Gerade auch durch die Verniedlichung diverser Begrifflichkeiten kommt es zu einer Verringerung einer solch schwerwiegenden Situation. Dies spiegelt sich etwa in der Begrifflichkeit der Freundschaftsarmbänder bezüglich der mechanischen Fixierungen, um diese Situation besser ertragen zu können und wird ebenfalls in der Literatur, wie etwa der Studie von Klotz et al. (2022) als mögliche Copingstrategie angeführt.

Gerade auch zum Teil der Mangel an fehlendem Wissen zu alternativen Strategien scheint einen vehementen Aspekt darzustellen. Daher scheinen die freiheitsbeschränkenden Maßnahmen eine leichte und unkomplizierte Möglichkeit, auf die immer zurückgegriffen werden kann, wenn eine zum Teil Überforderung des Pflegepersonals vorliegt. Fraglich ist dennoch vor allem weshalb es zu dieser Situation kommt, wobei meist ein herausforderndes Verhalten von Patient:innen erwähnt wird. Im Zuge dessen wird hauptsächlich das Krankheitsbild des Delirs genannt, wobei es zu diesem durch unterschiedliche Gründe kommen kann. Dennoch wird ebenfalls in der Literatur, wie etwa auch der Studie von Freeman et al. (2016) darüber berichtet, dass es meist zur Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen im Zuge von herausforderndem Verhalten kommt.

Daher kann zusammengefasst werden, dass scheinbar die Erkenntnisse bezüglich des Erlebens von Moral Distress bis zu einem gewissen Aspekt auf mehrere unterschiedlichen Settings der Pflege übertragen werden können.

Bezugnehmend zu der Forschungsfrage kann festgehalten werden, dass die Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen durch das Pflegepersonal in Österreich unterschiedlich wahrgenommen wird. Alle Interviewpartner:innen zeigten ein sehr hohes Maß an Motivation sowie eine hohe Reflexionsbereitschaft bezüglich der Thematik. Alle Pflegepersonen berichtet darüber, dass die Anwendung von Zwang in ihnen etwas auslöst und es ihnen nie gleichgültig ist. Dennoch scheint die Frustrationsschwelle deutlich unterschiedlich zu sein und könnte vor allem wesentlich durch die Kommunikation innerhalb des Teams angeglichen werden, wodurch etwa auch Emotionen wie ein Schamgefühl reduziert werden. Gerade hierdurch kann eine adäquate und professionelle Versorgung von Intensivpatient:innen auf längere Sicht gewährleistet werden. Eine offene Haltung aber auch das Bewusstsein für die Thematik dürften wohl die ausschlaggebendsten Punkte hierbei sein. Außerdem scheint vor allem auch ein sehr großer Unterschied in der Wahrnehmung des Erlebens von der Anwendung der Freiheitsbeschränkungen zwischen den mechanischen und medikamentösen Maßnahmen sein.

5.2 Stärken und Limitationen

Als Stärke dieser Forschung konnte die hohe Rückmeldung der Interviewpartner:innen, anhand der Anzahl von 13 erkannt werden, da vorab mit einer geringeren Anzahl gerechnet wurde. Zudem zeigten sich die befragten Pflegepersonen als sehr offen und erzählten viel aus persönlicher Motivation, daher musste lediglich wenig nachgefragt werden.

Während der Phase der Auswertung konnten jedoch mehrere Schwächen im Interviewleitfaden identifiziert werden, wodurch eine Überarbeitung vor erneuter Anwendung empfehlenswert ist. Zum Teil waren manche der Fragen zu umfangreich formuliert, wodurch die Interviewpartner:innen während ihrer umfangreichen Antworten und Erzählungen vergaßen, welche Frage durch die Forscherin ursprünglich gestellt wurde. Abgesehen hiervon wurde durch die Teilnehmer:innen rückgemeldet, dass manche Fragen zum Teil wie eine Doppelformulierung wirkte, wodurch es immer wieder zu Wiederholungen kam.

Vor allem auch durch das Vorlesen des Gesetzestexts zu Beginn der Interviews (siehe Anhang 2) fiel es den Pflegepersonen oftmals schwer selbstständig freiheitsbeschränkende Maßnahmen zu formulieren. Des Weiteren konnten manche Fragen sehr rasch und mit kurzen Antworten geklärt werden, wodurch es den Teilnehmer:innen schwerer fiel in die Rolle des/der Erzählenden hineinzufinden.

Die Aussagekraft der Ergebnisse sollte ebenfalls hinterfragt werden, da die Interviews mit jenen Personen stattfanden, bei denen bereits eine hohe Motivation der Selbstreflexion vorhanden ist. Hier ist es möglich, dass durch jene Interviewpartner:innen, die sich und ihr Handeln weniger häufig hinterfragen, die Situationen der Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen anders erleben oder darüber berichten.

Durch eine Entscheidung der quantitativen Herangehensweise hätten zusätzliche Informationen, wie etwa die Häufigkeiten der Anwendungen oder auch die Verwendung von Skalen bezüglich der Selbsteinschätzung bezugnehmend auf die Thematik der Belastung, mittels etwa einem Fragebogen erfasst werden können. Zudem könnten bei einer quantitativen Erhebung die Teilnehmer:innen sich für die Beantwortung der Fragen mehr Zeit nehmen und möglicherweise länger darüber reflektieren.

Eine weitere Limitation wäre ebenfalls zu erwähnen, dass hierbei lediglich Pflegepersonen befragt wurden und weitere Berufsgruppen, die trotzdem in diese Situationen involviert sind, exkludiert wurden. Durch eine Erhebung in einem größeren Setting, wie etwa auch mehrere Bundesländer, nicht lediglich ausschließlich Wien, könnte andere Blickwinkel zu diesem Thema hervorbringen. Die wohl ebenfalls nicht unerhebliche Limitation ist vor allem jene, dass lediglich bei Personen von nur drei Krankenhäusern die Motivation für die Teilnahme vorhanden war.

Zusammenfassend kann jedoch erwähnt werden, dass es sich um eine der ersten Forschungsarbeit bezüglich dieser Thematik in Österreich handelt

5.3 Empfehlungen für weiterführende Forschung und die Praxis

Durch die Erforschung der Thematik kann ein weiterer Veränderungsbedarf identifiziert werden. Es handelt sich hierbei vor allem auch um eine wesentliche Sensibilisierung der Thematik bei all jenen Berufsgruppen, vor allem jedoch dem Pflegepersonal, auf den Intensivstationen, die mit der Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen in Kontakt kommen. Hierdurch können vor allem die Wissenslücken identifiziert werden, wodurch Handlungsempfehlungen bezüglich den alternativen Möglichkeiten oder auch Handlungsrichtlinien in Anlehnung an jene Leitlinie der Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2019) für den Bereich der Intensivpflege entwickelt werden. Vor allem auch durch die Zunahme von psychischen Erkrankungen, und damit auch häufigeren Fallzahlen auf den Intensivstationen, wodurch ein höheres Risiko für freiheitsbeschränkende Maßnahme identifiziert werden kann, sollten alle

im Gesundheitswesen tätigen Personen die Kompetenzen haben ihr Handeln kritisch zu hinterfragen und alternative Strategien zu überlegen und auch die Verantwortung für Folgeerscheinungen zu übernehmen (Teece et al., 2020). Der Fokus sollte stets auf der Personzentrierung der Patient:innen liegen.

Es können daher vier wesentliche Handlungsempfehlungen herausgearbeitet werden:

- Forschung

Es besteht vor allem eine hohe Notwendigkeit weiterer Forschungsarbeiten. Einerseits kann vor allem auch im qualitativen Bereich einige weitere Forschungen angestellt, wie etwa die Befragung in anderen Bundesländern aber auch die Durchführung von Interviews mittels Personals anderer Berufsgruppen wie etwa Physiotherapie oder Medizin. Andererseits könnte eine quantitative Forschung stattfinden, da hierdurch neue Betrachtungswinkel eröffnet werden können etwa mittels Skalen zur Selbsteinschätzung der Selbstkompetenz oder auch Häufigkeitsskalen mit der Anzahl der Anwendungen von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen.

- Schulung

Durch das Fehlen des Bewusstseins des Gesundheitspersonals für die Thematik der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, kann nicht adäquat auf die Patient:innen reagiert werden. Es sollte daher österreichweit bereits bei der Ausbildung des zukünftigen Pflegepersonals besonderer Wert auf die Thematik gelegt werden. Hierfür sollte diese Thematik in die jeweiligen Curricula der Fachhochschulen und Universitäten aufgenommen werden. Zudem sollten Fort- und Weiterbildungen angeboten werden, bei denen etwa auch Selbsterfahrungen gesammelt werden können im Bereich der mechanischen Fixierungen. Abgesehen von diesen Erfahrungen können gemeinsam alternative Strategien bei Workshops erarbeitet werden. Um eine höhere Beteiligung gewährleisten zu können, sollten diese Schulungen entweder im Rahmen der Arbeitszeit oder aber auch im Zuge der verpflichtenden Fortbildungen für Gesundheitspersonal angeboten werden.

- Sensibilisierung

Wie bereits vorher erwähnt ist oftmals dem Gesundheitspersonal die Folgen von dem Erlebnis der unterschiedlichen Freiheitsbeschränkungen nicht bewusst. Daher können gerade im Bereich der Forschung und Wissenschaft durch eine Mehrzahl an unterschiedlichen Studien

zur Sensibilisierung des Personals, der Auszubildenden aber auch der gesamten Gesellschaft führen.

Diese Forschungsarbeit kann zu einem kleinen Teil die Sichtweisen des Pflegepersonals widerspiegeln. Jedoch wird lediglich der Blickwinkel des Pflegepersonals bearbeitet und weitere Berufsgruppen, wie Mediziner:innen oder auch Physiotherapeut:innen, die ebenfalls mit der Thematik in Kontakt kommen, zeigen sicherlich ebenfalls interessante Sichtweisen auf. Zudem können neue Aspekte etwa auch durch ein größeres Forschungsvorhaben, bei der ebenfalls die Sichtweise der Patient:innen beachtet werden, gewonnen werden. Durch diese wissenschaftlichen Erkenntnisse könnten etwa auch weitere Leitlinien zur Orientierung erarbeitet werden. Gerade auch Plakate, Sozialmedia Werbung aber auch Prospekte können eine Sensibilisierung auf unterschiedlichen Ebenen erreichen.

- Supervision

Vor allem auch die regelmäßige Supervision in Kleingruppen scheint vor allem für das Pflegepersonal essenziell zu sein. Hierbei könnten in regelmäßigen Abständen, wie etwa meist auch die Teamgespräche eine Supervision durch ausgebildete Psycholog:innen oder Therapeut:innen angeboten werden. Gerade hierdurch kann vor allem auch viel präventiv Arbeit erzielt werden, da es etwa zu einer Reduktion der psychischen Belastung kommt. Durch die professionelle Aufarbeitung von belastenden Situationen kann es zu einer Reduktion des erlebten Moral Distress kommen.

- Leitlinien

Ein wesentlicher Aspekt der im österreichischen Gesundheitssystem für eine höhere Patient:innensicherheit gewährleisten würde, wäre die Verwendung von Leitlinien, die als Orientierungshilfe dienen. Es sollte klar ersichtlich sein, welche Alternativen bereits vorher getroffen worden sind, bevor es zur Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen gekommen ist. Zudem kann durch die Verwendung von solchen Protokollen auch eine einheitliche sowie vor allem auch eine rasche und unkomplizierte Dokumentation gewährleistet werden. Bisher gibt es keine einheitliche Dokumentation oder auch eine Auflistung der alternativen Maßnahmen bei agitierten Patient:innen. Zur besseren Anschauung wurde ein beispielhafter Dokumentationsbogen (Abbildung 2) entworfen.

Protokoll

Anwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen

Welche Form der Freiheitsbeschränkung wurde angewendet?

☐ Fixierung eines Arms	☐ Fixierung des Thorax
☐ Fixierung beider Arme	☐ Medikamentöse
☐ Fixierung beider Arme und Beine	☐ Freiheitsbeschränkung
	☐ Alle Seitenteile oben

Welche Alternativen wurden bereits probiert?

☐ Verbales Beruhigen des/ der Patienten/ in	☐ Beruhigende Waschung
☐ Aromatherapie	☐ Beruhigende Musik
☐ Nesteldecke	☐ Mobilisationen
☐ Identifizieren der Problematik	☐ Etc.

Betroffene/r Patient/in ist intubiert?

☐ Ja	☐ Nein
-----------------------------	-------------------------------

Wie lange wurde die Freiheitsbeschränkung angewendet?

☐ Bis 5 Minuten	☐ Zwischen 1 Stunde und 2 Stunden
☐ Zwischen 5 Minuten und 30 Minuten	☐ Über 2 Stunden
☐ Zwischen 30 Minuten und 1 Stunde	☐ Freiheitsbeschränkung wurde immer wieder unterbrochen

Die Situation hat mich belastet?

☐ Ja, weil _____	☐ Nein
---	-------------------------------

Abbildung 2: Beispielhaftes Protokoll bei der Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, eigene Darstellung

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass etwa durch die Kombination der vier Handlungsempfehlungen eine Verbesserung im Bereich der Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen erzielt werden kann. Durch dieses generierte Bewusstsein können zukünftig mehr Projekte bezüglich dieser Thematik etabliert werden und weitere Blickwinkel eröffnet werden. Hierdurch können einheitliche Leitlinien entwickelt werden und die Patient:innensicherheit erhöht werden. Gerade das Erleben von Zwang während dem Intensivaufenthalt kann wesentlich zum weiteren Behandlungsverlauf beitragen und beeinflussen, wodurch ebenfalls Folgeerkrankungen oder Langzeitfolgen bei Patient:innen reduziert werden können.

Literaturverzeichnis

- Alber, P. (2022). Intensivstation – Strukturen. In P. Alber, *Physiotherapie auf der Intensivstation* (S. 1–16). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-65079-0_1. Abgerufen am 03.09.2024.
- Bartholomeyczik, S., & Stemmer, R. (2016, Dezember). *Ethikkodex Pflegeforschung der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft*. <https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/05/Ethikkodex-Pflegeforschung-DGP-Logo-2017-05-25.pdf>. Abgerufen am 03.09.2024.
- Baur, N., & Blasius, J. (Hrsg.). (2019). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4>. Abgerufen am 20.09.2024.
- Berzlanovich, A. M., Schöpfer, J., & Keil, W. (2012). Deaths Due to Physical Restraint. *Deutsches Ärzteblatt international*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2012.0027>. Abgerufen am 11.09.2024.
- Bundesgesetz über den Schutz der persönlichen Freiheit während des Aufenthalts in Heimen und anderen Pflege- und Betreuungseinrichtungen (Heimaufenthaltsgesetz - HeimAufg) (2004). <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20003231>. Abgerufen am 20.09.2024.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2024, August 22). *Betten in Krankenanstalten—Betten nach Fachrichtungen*. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/Krankenanstalten-und-selbststaendige-Ambulatorien-in-Oesterreich/Krankenanstalten-in-Zahlen/Ressourcen-und-Inanspruchnahme/Betten.html>. Abgerufen am 03.09.2024.

- Coulter, A., & Oldham, J. (2016). Person-centred care: What is it and how do we get there? *Future Hospital Journal*, 3(2), 114–116. <https://doi.org/10.7861/futurehosp.3-2-114>. Abgerufen am 28.10.2024.
- Dach, C. von, & Mayer, H. (Hrsg.). (2023). *Personzentrierte Pflegepraxis: Grundlagen für Praxisentwicklung, Forschung und Lehre*. Hogrefe. <https://doi.org/10.1024/86123-000>. Abgerufen am 09.10.2024.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. (2019). *S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen* (1. Update 2018 (Langversion), Stand: 10.09.2018). Springer. Abgerufen am 11.09.2024.
- Deutscher Ethikrat. (2018). *Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmungen: Stellungnahme*. Deutscher Ethikrat. Abgerufen am 04.09.2024.
- Egerod, I., Bergbom, I., Lindahl, B., Henricson, M., Granberg-Axell, A., & Storli, S. L. (2015). The patient experience of intensive care: A meta-synthesis of Nordic studies. *International Journal of Nursing Studies*, 52(8), 1354–1361. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.04.017>. Abgerufen am 22.10.2024.
- Esmaeili, M., Navidhamidi, M., & Varasteh, S. (2024). Coping strategies of intensive care unit nurses reducing moral distress: A content analysis study. *Nursing Ethics*, 09697330241246089. <https://doi.org/10.1177/09697330241246089>. Abgerufen am 16.09.2024.
- Flick, U., Kardorff, E. von, & Steinke, I. (Hrsg.). (2017). *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (14. Auflage, Originalausgabe). Rowohlt Taschenbuch Verlag. Abgerufen am 03.09.2024.
- Flick, U., Kardorff, E. von, & Steinke, I. (Hrsg.). (2022). *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (14. Auflage, Originalausgabe). Rowohlt Enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag. Abgerufen am 03.09.2024.

- Freeman, S., Hallett, C., & McHugh, G. (2016). Physical restraint: Experiences, attitudes and opinions of adult intensive care unit nurses. *Nursing in Critical Care*, 21(2), 78–87. <https://doi.org/10.1111/nicc.12197>. Abgerufen am 22.10.2024.
- Gawlytta, R., Wintermann, G.-B., Böttche, M., Niemeyer, H., Knaevelsrud, C., & Rosendahl, J. (2017). Posttraumatische Belastungsstörung nach Intensivtherapie: Häufigkeit, Risikofaktoren und Behandlungsansätze. *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin*. <https://doi.org/10.1007/s00063-017-0266-0>. Abgerufen am 15.12.2024.
- Grundrechte (2023). <https://www.oesterreich.gv.at/lexicon/G/Seite.991535.html>. Abgerufen am 03.09.2024.
- Hahn, M. (2024). Gratwanderung zwischen Sicherheit und Freiheit. *intensiv*, 32(01), 6–11. <https://doi.org/10.1055/a-2168-8266>. Abgerufen am 12.09.2024.
- Halmich, M. (2017). *Recht für Diplom-Pflegepersonal in Ausbildung* (1. Auflage). Educa Verlag. Abgerufen am 12.09.2024.
- Helfferrich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (4. Auflage). VS, Verl. für Sozialwissenschaften. Abgerufen am 07.10.2024.
- Hoff, P., Grob, D., Kind, C., Krones, T., Ley, S., & Salathé, M. (2015). *Zwangsmassnahmen in der Medizin – medizin-ethische Richtlinien*. <https://doi.org/10.5167/UZH-123086>. Abgerufen am 03.09.2024.
- Hofsø, K., & Coyer, F. M. (2007). Chemical and physical restraints in the management of mechanically ventilated patients in the ICU: A patient perspective. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23(6), 316–322. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2007.04.002>. Abgerufen am 10.09.2024.
- International Council of Nurses. (2021). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. <https://www.icn.ch/resources/publications-and-reports/icn-code-ethics-nurses>. Abgerufen am 10.09.2024.

Jöbges, S., & Biller-Andorno, N. (2021). Anwendung von Zwang in der Intensivmedizin.

Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin, 116(3), 205–209.

<https://doi.org/10.1007/s00063-021-00800-9>. Abgerufen am 03.10.2024.

Jöbges, S., Seidlein, A.-H., Barndt, I., Buchardi, H., Duttge, G., Dutzmann, J., Grautoff, S.,

Gretenkort, P., Hartog, C., Knochel, K., Michalsen, A., Nauck, F., Neitzke, G.,

Salomon, F., Stopfkuchen, H., Rogge, A., & Janssens, U. (2022). Umgang mit Zwang

in der Intensivmedizin: Empfehlung der Sektion Ethik der Deutschen

Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) unter Mitarbeit

der Sektion Ethik der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und

Notfallmedizin (DGIIN). *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin*,

117(4), 255–263. <https://doi.org/10.1007/s00063-022-00900-0>. Abgerufen am

20.10.2024.

Johnson, K., Curry, V., Steubing, A., Diana, S., McCray, A., McFarren, A., & Domb, A.

(2016). A non-pharmacologic approach to decrease restraint use. *Intensive and*

Critical Care Nursing, 34, 20–27. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.08.004>.

Abgerufen am 12.09.2024.

Kassew, T., Dejen Tilahun, A., & Liyew, B. (2020). Nurses' Knowledge, Attitude, and

Influencing Factors regarding Physical Restraint Use in the Intensive Care Unit: A

Multicenter Cross-Sectional Study. *Critical Care Research and Practice*, 2020, 1–10.

<https://doi.org/10.1155/2020/4235683>. Abgerufen am 05.09.2024.

Kısacık, Ö. G., Sönmez, M., & Coşğün, T. (2020). Use of Physical Restraints in Critical Care

Units: Nurses' Knowledge, Attitudes, and Practices. *Critical Care Nurse*, 40(3), 37–

47. <https://doi.org/10.4037/ccn2020856>. Abgerufen am 10.09.2024.

Klotz, K., Haug, P., Riedel, A., Lehmeyer, S., & Goldbach, M. (2022). Wenn Berufsethik zu

moralischer Belastung führt. *Pflegezeitschrift*, 75(10), 54–57.

<https://doi.org/10.1007/s41906-022-1936-y>. Abgerufen am 22.10.2024.

- Korkeila, H., Koivisto, A.-M., Paavilainen, E., & Kylmä, J. (2016). Psychiatric Nurses' Emotional and Ethical Experiences Regarding Seclusion and Restraint. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(7), 464–475.
<https://doi.org/10.3109/01612840.2016.1163626>. Abgerufen am 15.12.2024.
- Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (3., überarbeitete Auflage). Beltz Juventa. Abgerufen am 07.10.2024.
- Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung: Grundlagentexte Methoden* (5. Auflage). Beltz Juventa. Abgerufen am 07.10.2024.
- Lin, Y.-L., Liao, C.-C., Yu, W.-P., Chu, T.-L., & Ho, L.-H. (2018). A Multidisciplinary Program Reduces Over 24 Hours of Physical Restraint in Neurological Intensive Care Unit. *Journal of Nursing Research*, 26(4), 288–296.
<https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000251>. Abgerufen am 12.09.2024.
- Liu, Y., Ying, L., Zhang, Y., & Jin, J. (2023). The experiences of intensive care nurses coping with ethical conflict: A qualitative descriptive study. *BMC Nursing*, 22(1), 449.
<https://doi.org/10.1186/s12912-023-01612-2>. Abgerufen am 16.09.2024.
- Luk, E., Burry, L., Rezaie, S., Mehta, S., & Rose, L. (2015). Critical care nurses' decisions regarding physical restraints in two Canadian ICUs: A prospective observational study. *The Canadian Journal of Critical Care Nursing*, 26(4), 16–22. Abgerufen am 10.09.2024.
- Mayer, H. (with Cartaxo, A., Eppel-Meichlinger, J., Kobleder, A., Nagl-Cupal, M., & Wallner, M.). (2022). *Pflegeforschung anwenden: Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung* (6., überarbeitete Auflage). Facultas. Abgerufen am 23.10.2024.
- McDermid, F., Judy Mannix, & Peters, K. (2020). Factors contributing to high turnover rates of emergency nurses: A review of the literature. *Australian Critical Care*, 33(4), 390–396. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.09.002>. Abgerufen am 04.09.2024.

- Molewijk, B., Kok, A., Husum, T., Pedersen, R., & Aasland, O. (2017). Staff's normative attitudes towards coercion: The role of moral doubt and professional context—a cross-sectional survey study. *BMC Medical Ethics*, 18(1), 37.
<https://doi.org/10.1186/s12910-017-0190-0>. Abgerufen am 16.09.2024.
- Morley, G., Bradbury-Jones, C., & Ives, J. (2020). What is 'moral distress' in nursing? A feminist empirical bioethics study. *Nursing Ethics*, 27(5), 1297–1314.
<https://doi.org/10.1177/0969733019874492>. Abgerufen am 20.09.2024.
- Morley, G., Ives, J., Bradbury-Jones, C., & Irvine, F. (2019). What is 'moral distress'? A narrative synthesis of the literature. *Nursing Ethics*, 26(3), 646–662.
<https://doi.org/10.1177/0969733017724354>. Abgerufen am 20.09.2024.
- Nomali, M., Ayati, A., Yadegari, M., Nomali, M., & Modanloo, M. (2022). Physical Restraint and Associated Factors in Adult Patients in Intensive Care Units: A Cross-sectional Study in North of Iran. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 26(2), 192–198.
<https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-24103>. Abgerufen am 05.09.2024.
- Pan, Y., Jiang, Z., Yuan, C., Wang, L., Zhang, J., Zhou, J., Tao, M., Quan, M., & Wu, Q. (2018). Influence of physical restraint on delirium of adult patients in ICU: A nested case–control study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(9–10), 1950–1957.
<https://doi.org/10.1111/jocn.14334>. Abgerufen am 11.09.2024.
- Panfil, E.-M., & Ivanovic, N. (2011, Juni). *Methodenpapier FIT-Nursing Care Version 1.0*. FIT- Nursing Care. https://www.fit-care.ch/fileadmin/fitcare/Dokumente/Admindokumente/110615_Methodenpapier_FIT_NC_Juni.pdf. Abgerufen am 03.08.2024.
- Perez, D., Peters, K., Wilkes, L., & Murphy, G. (2019). Physical restraints in intensive care—An integrative review. *Australian Critical Care*, 32(2), 165–174.
<https://doi.org/10.1016/j.aucc.2017.12.089>. Abgerufen am 20.08.2024.
- Pohontsch, N. J. (2019). Die Qualitative Inhaltsanalyse. *Die Rehabilitation*, 58(06), 413–418.
<https://doi.org/10.1055/a-0801-5465>. Abgerufen am 16.07.2024.

- Popper, V., Unterholzner, J., Bartova, L., Strnad, A., Baldinger-Melich, P., Frey, R., & Fugger, G. (2021). Mechanische Schutzfixierung – Herausforderungen und Management: Fallvignetten aus der psychiatrischen Intermediate Care Station der Wiener Universitätsklinik. *psychopraxis. neuropraxis*, 24(2), 116–120.
<https://doi.org/10.1007/s00739-021-00701-8>. Abgerufen am 14.09.2024.
- Prentice, T. M., & Gillam, L. (2018). Can the Ethical Best Practice of Shared Decision-Making lead to Moral Distress? *Journal of Bioethical Inquiry*, 15(2), 259–268.
<https://doi.org/10.1007/s11673-018-9847-8>. Abgerufen am 28.10.2024.
- Salehi, Z., Najafi Ghezeljeh, T., Hajibabaei, F., & Joolaei, S. (2020). Factors behind ethical dilemmas regarding physical restraint for critical care nurses. *Nursing Ethics*, 27(2), 598–608. <https://doi.org/10.1177/0969733019858711>. Abgerufen am 22.10.2024.
- Schreier, M. (2014). Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, Vol 15, No 1 (2014). <https://doi.org/10.17169/FQS-15.1.2043>. Abgerufen am 23.10.2024.
- Slack, R. J., French, C., McGain, F., Bates, S., Gao, A., Knowles, S., & Yang, Y. (2022). Violence in intensive care: A point prevalence study. *Critical Care and Resuscitation*, 24(3), 272–279. <https://doi.org/10.51893/2022.3.OA7>. Abgerufen am 04.09.2024.
- Statistik Austria. (2024, Februar). *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2022*. Verlag Österreich. https://www.statistik.at/fileadmin/user_upload/GesundheitsJB-2022_barr_Web.pdf. Abgerufen am 03.09.2024.
- Steinert, T., Hirsch, S., & Gerlinger, G. (2019). *Verhinderung von Zwang: Praxisversion der S3-Leitlinie*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-58972-4>. Abgerufen am 12.09.2024.
- Strübing, J., Hirschauer, S., Ayaß, R., Krähnke, U., & Scheffer, T. (2018). Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. Ein Diskussionsanstoß. *Zeitschrift Für Soziologie*, 47(2), 83–100. <https://doi.org/10.1515/zfsoz-2018-1006>. Abgerufen am 03.09.2024.

- Sweet, R. A., & Pollock, B. G. (1995). Neuroleptics in the Elderly: Guidelines for Monitoring. *Harvard Review of Psychiatry*, 2(6), 327–335. <https://doi.org/10.3109/10673229509017153>. Abgerufen am 30.01.2024.
- Teece, A., Baker, J., & Smith, H. (2020). Identifying determinants for the application of physical or chemical restraint in the management of psychomotor agitation on the critical care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 29(1–2), 5–19. <https://doi.org/10.1111/jocn.15052>. Abgerufen am 22.10.2024.
- Vedana, K. G. G., Da Silva, D. M., Ventura, C. A. A., Giacon, B. C. C., Zanetti, A. C. G., Miasso, A. I., & Borges, T. L. (2018). Physical and mechanical restraint in psychiatric units: Perceptions and experiences of nursing staff. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(3), 367–372. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.11.027>. Abgerufen am 04.09.2024.
- Waydhas, C., Riessen, R., Markewitz, A., Hoffmann, F., Frey, L., Böttinger, B. W., Brenner, S., Brenner, T., Deffner, T., Deininger, M., Janssens, U., Kluge, S., Marx, G., Schwab, S., Unterberg, A., Walcher, F., & Van den Hooven, T. (2022, November 2). *Empfehlung zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen 2022 (Erwachsene)*. DIVI - Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin. <https://www.divi.de/publikationen/intensivstationen>. Abgerufen am 04.09.2024.
- Weinrebe, W., Johannsdottir, E., Karaman, M., & Füsgen, I. (2016). What does delirium cost?: An economic evaluation of hyperactive delirium. *Zeitschrift Für Gerontologie Und Geriatrie*, 49(1), 52–58. <https://doi.org/10.1007/s00391-015-0871-6>. Abgerufen am 12.09.2024.
- Whitehead, P. B., Herbertson, R. K., Hamric, A. B., Epstein, E. G., & Fisher, J. M. (2015). Moral Distress Among Healthcare Professionals: Report of an Institution-Wide Survey. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(2), 117–125. <https://doi.org/10.1111/jnu.12115>. Abgerufen am 03.09.2024.

- Wilkinson, J. M. (1987). Moral Distress in Nursing Practice: Experience and Effect. *Nursing Forum*, 23(1), 16–29. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.1987.tb00794.x>. Abgerufen am 13.09.2024.
- Witzel, A. (2000). The Problem-centered Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, Vol 1, Methodical and Empirical Examples. <https://doi.org/10.17169/FQS-1.1.1132>. Abgerufen am 23.10.2024.
- Wolf-Braun, B., & Wilke, H.-J. (2015). Patientenautonomie und Aufklärung – Ethische und rechtliche Aspekte der Aufklärung. *AINS - Anästhesiologie Intensivmedizin Notfallmedizin Schmerztherapie*, 50(03), 202–210. <https://doi.org/10.1055/s-0041-100220>. Abgerufen am 23.10.2024.

Anhang 1

Informationsschreiben und Einwilligung



Information zur Studie

Moral Distress von Intensivpflegepersonal auf Grund von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen

Durch ein Ungleichgewicht zwischen dem Wissen über konkrete Handlungen und der Unfähigkeit diese durchzuführen, etwa durch strukturelle Hürden, kann es zu einem Moral Distress kommen (Klotz et al., 2022, Morley et al. 2019). Gerade auf Intensivstationen kann es immer wieder dazu kommen, wobei sich dies meist in freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, wie etwa das Schutzfixieren oder dem medikamentösen Ruhigstellen äußert. Da meist das Pflegepersonal diese Maßnahmen durchführen müssen, lässt sich daraus schließen, dass diese Anwendung von Zwang nicht bedeutungslos für die Pflegepersonen ist (Jöbges et al., 2022, Freeman et al., 2016, Perez et al., 2019). Demnach ergibt sich der Intensivbereich als ideales Untersuchungsfeld für den möglicherweise entstehenden Moral Distress auf Grund von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen.

Ich möchte der Frage nachgehen, welchen Moral Distress Pflegepersonal auf Grund von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, bei erwachsenen Patient*innen auf Intensivstationen, zeigt. Dazu sollen diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen auf Intensivstationen für erwachsene Patient*innen mit unterschiedlichen Fachrichtungen befragt werden. Somit kann ein tieferes Verständnis für die Thematik erlangt werden.

Diese Studie ist Teil der Masterarbeit im Masterstudium Pflegewissenschaft an der Universität Wien. Die Betreuung findet durch Prof. Dr. Inge Eberl statt.

Wie werden die Daten erhoben?

In dieser Studie sollen qualitative Interviews mit Pflegepersonal geführt werden. Die Interviews werden auf Basis eines Leitfadens durch die Forscherin durchgeführt. Das Interview wird an einem Ort der Wahl durch den/ die Interviewpartner*in in einer ungestörten Umgebung stattfinden.

Wie wird mit den Daten umgegangen?

Das Interview wird nach Zustimmung der Interviewteilnehmer*innen mit einem digitalen Audio-Aufnahmegerät aufgezeichnet und anschließend transkribiert, danach werden die Transkripte bezüglich personen- und ortsbezogenen Daten anonymisiert. Es wird strikt darauf geachtet, dass keine Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich sind. Die wissenschaftliche Analyse

Universität Wien
Institut für Pflegewissenschaft
Alser Straße 23 / Top 12 + 22, 1080 Wien
T: +43-1-4277-48801
pflegewissenschaft@univie.ac.at

der Interviewdaten erfolgt durch die Forscherin unter Supervision der Betreuerin. Sowohl die Forscherin als auch die Betreuerin sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Die Audiodaten werden nur zum wissenschaftlichen Zweck verwendet und nach Beendigung der Studie gelöscht.

Wer kann auf die Daten zugreifen?

Der Zugriff auf die Interviews sowie personenbezogene Daten ist ausschließlich der Forscherin vorbehalten.

Widerruflichkeit der erteilten Einwilligungserklärung

Eine erteilte Einwilligung zur Teilnahme der Studie kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden, den Teilnehmer*innen entsteht dadurch kein Nachteil.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Doris Alsch, BSc

Bei Fragen zur Vorgangsweise kontaktieren Sie bitte:

Doris Alsch, BSc, a51826490@unet.univie.ac.at

Einverständniserklärung zur Teilnahme an einem Einzelinterview zur Studie: Moral Distress von Intensivpflegepersonal auf Grund von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen

Name des Teilnehmers/der Teilnehmerin (Druckbuchstaben):.....

Ich wurde vollständig über das oben angeführte Forschungsprojekt informiert und habe das Informationsschreiben gelesen und verstanden. Ich wurde über den möglichen Nutzen und die Risiken dieses Forschungsprojektes aufgeklärt. Die Möglichkeit Fragen zu stellen war ausreichend gegeben, und ich weiß, dass die Teilnahme freiwillig ist. Ich kann mein Einverständnis zur Verwendung der personenbezogenen Daten jederzeit widerrufen.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Interview aufgezeichnet wird und, dass anonymisierte Daten im Rahmen der Masterarbeit am Institut für Pflegewissenschaft verwendet werden.

Ich habe eine Kopie des Informationsschreibens und Einwilligungserklärung erhalten. Das Original bleibt bei der Forscherin.

Hiermit erkläre ich meine freiwillige Teilnahme an diesem Forschungsprojekt.

.....

Ort, Datum und Unterschrift der Studienteilnehmer*in

.....

Ort, Datum und Unterschrift der Forscherin

Anhang 2

Interviewleitfaden



Interviewleitfaden

Universität Wien

Masterstudium Pflegewissenschaft

Moral Distress von Intensivpflegepersonal auf Grund von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen bei erwachsenen Intensivpati- ent*innen

Erstellt von:

Alsch Doris, BSc

Betreut von:

Prof. Dr. Inge Eberl, MScN, BScN

Universität Wien
Institut für Pflegewissenschaft
Alser Straße 23 / Top 12 + 22, 1080 Wien
T: +43-1-4277-49801
pflegewissenschaft@univie.ac.at



Vorbereitung

Begrüßung und Kennenlernen

Angenehme Atmosphäre schaffen (Sitzplatz, Wasser und co. anbieten)

Begrüßung

Dank für die Teilnahme aussprechen (Danke, dass Sie Ihre Zeit für ein Gespräch zur Verfügung stellen und Ihre Erfahrungen mit mir teilen.)

Kurze Vorstellung zur eigenen Person (Ich stelle mich kurz bei Ihnen vor. Mein Name ist Doris Alsch, ich arbeite derzeit auf einer kardiologischen Intensivstation seit ca 2 Jahren und daher ist auch mein Interesse für die Thematik entstanden.)

Einverständniserklärung: Wurde alles gelesen und verstanden?

Ich habe Ihnen vorab das Informationsschreiben und die Einwilligungserklärung zukommen lassen. Bestehen dazu noch offene Fragen?

Das Interview wird, wenn Sie damit einverstanden sind, aufgezeichnet; anschließend anonymisiert, sodass keine Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich sind. Der Zugriff der Daten ist ausschließlich der Forscherin und Betreuerin vorbehalten, die zur Verschwiegenheit verpflichtet sind.

Rahmen unseres Gespräches:

Ich werde Ihnen Fragen stellen und lasse Sie dann frei erzählen. Wenn Sie damit einverstanden sind, werde ich jetzt mit der Aufnahme starten.



....Tonaufnahme wird gestartet....

Gesprächseinstieg

- Wie lange sind Sie schon auf einer Intensivstation tätig?
- Haben Sie die Sonderausbildung bereits absolviert oder steht diese noch bevor?
- Warum ist die Entscheidung für die Pflege auf der Intensivstation gefallen?
- Welche Krankheitsbilder werden auf Ihrer Intensivstation hauptsächlich behandelt? Welche Spezialisierung hat die Intensivstation?
- Wie lange liegen die Patient*innen meistens auf der Station?
 - Wie alt sind die Patient*innen im Durchschnitt?
- Sind die meisten intubiert oder auch wach?

Hauptphase

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen

*Eine freiheitsbeschränkende Maßnahme wird von Gesetz folgendermaßen definiert:
„Eine Freiheitsbeschränkung (...) liegt vor, wenn eine Ortsveränderung einer betreuten oder gepflegten Person (...) gegen oder ohne ihren Willen mit physischen Mitteln, insbesondere durch mechanische, elektronische oder medikamentöse Maßnahmen, oder durch deren Androhung unterbunden wird.“*

- Welche Maßnahmen zählen Ihres Erachtens zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen?
- Haben Sie schon selbst freiheitsbeschränkende Maßnahmen angewendet? Falls ja, welche
 - Werden auf Ihrer Intensivstation freiheitsbeschränkende Maßnahmen angewendet? Falls ja, welche?
 - Welche Situationen müssen für Sie eintreten, um solche Maßnahmen anzuwenden?
- Welche Art der freiheitsbeschränkenden Maßnahme wird bevorzugt gewählt?

- Werden die freiheitsbeschränkenden Maßnahmen immer angeordnet? Wenn ja, von wem?
- Warum sind die Freiheitsbeschränkungen Ihres Erachtens indiziert?
- Gibt es ein fixes Prozedere bzw. Standard auf Ihrer Station oder in Ihrer Klinik?
- Wie würden Sie den Umgang mit diesen Maßnahmen auf Ihrer Station beschreiben?
 - Wie wirkt sich Ihres Erachtens nach die freiheitsbeschränkende Maßnahme auf die Genesung der Patient*innen aus?
 - Wie gehen die Angehörigen von Patient*innen damit um?

Umgang mit der Situation

Die Literatur zeigt, dass hauptsächlich das Pflegepersonal die freiheitsbeschränkenden Maßnahmen ausübt und dies nicht spurlos an ihnen vorüber geht.

- Wie empfinden Sie das Anwenden von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen?
- Wie geht es Ihnen damit, wenn Sie diese Maßnahmen setzen müssen?
- Können Sie sich an konkrete Situationen erinnern, in denen solche Maßnahmen gesetzt wurden?
 - Wie haben Sie sich in diesen Situationen gefühlt?
 - Nehmen Sie die unterschiedlichen Freiheitsbeschränkungen auf unterschiedliche Art und Weise wahr?
 - Welche Strategien zur Bewältigung dieser Situationen haben Sie?
- Wie wurde das Thema der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen in der Ausbildung beziehungsweise Sonderausbildung bearbeitet?
 - Gibt es Deeskalationstrainings in Ihrem Krankenhaus, die Sie schon besucht haben? – Wenn ja, was hat es Ihnen gebracht?
- Wird das Thema der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen innerhalb vom Team besprochen?
 - Wie wird das Thema interprofessionell bearbeitet oder besprochen?
- Was würden Sie sich für die Zukunft in Bezug auf freiheitsbeschränkende Maßnahmen wünschen?

- Haben Sie das Gefühl ausreichende Unterstützungsangebote zu haben, oder sollten diese ausgebaut werden und wenn, in welchen Bereichen?
- Welche Verbesserungsvorschläge in Bezug auf die Thematik hätten Sie zum Anmerken?

Abschlussfragen

Wir kommen nun zum Abschluss unseres Gespräches.

- Gibt es etwas, dass Ihnen noch am Herzen liegt und Sie mir für meine Studie mitgeben möchten?

Ich bedanke mich herzlichst für die Teilnahme am Gespräch und die Zeit, die Sie sich dafür genommen haben!

.....Tonbandaufnahme beenden.....

Nach dem Interview

Allgemeine Information

Sollten dennoch Fragen im Nachhinein auftreten, finden Sie die Kontaktdaten auf dem Informationsschreiben. Ich danke Ihnen nochmal herzlichst für Ihre Teilnahme!

Eindrücke sofort niederschreiben

Anhang 3

Postskript

Postskript

Interviewnr.:	Datum: Uhrzeit:
---------------	--------------------

Dauer des Interviews: ☐ bis 20 Minuten ☐ bis 30 Minuten ☐ bis 35 Minuten ☐ bis 45 Minuten ☐ länger
War der Leitfaden verständlich? ☐ ja ☐ teilweise, wo unverständlich?..... ☐ nein, warum?.....
Durchführungsort: ☐ Ruhiger Raum (Seminar-, Besprechungsraum usw.) ☐ Öffentlicher Raum (z.B. Cafe)
Interviewsituation: z.B. entspannt, locker, viel gelacht, im Dialekt gesprochen usw. Umgebungsgeräusche, Störfaktoren, Unterbrechungen und welche Auslöser bei/m Interviewpartner*in
Besondere Vorkommnisse während des Interviews

Verhalten und Information Interviewerin
Verhalten und Information Interviewpartner*in
Sonstige Auffälligkeiten und Information