# Beschränkungsmaßnahmen (Fixierung)

## Einleitung

Psychiatrische Erkrankungen können zu Verhaltensstörungen mit unmittelbarer Selbst- oder Fremdgefährdung führen. Mitarbeiter von psychiatrischen Einrichtungen müssen daher erkennbares selbst- und fremdgefährliches Verhalten zuverlässig verhindern, wenn nötig auch durch die Anwendung von Zwangsmaßnahmen. Dies stellt einen Eingriff in die persönliche Freiheit der PatientInnen dar und steht daher unter besonderer Kontrolle der Justizbehörden. Den juristischen Rahmen dafür regelt das Unterbringungsgesetz (UbG) seit 1991.

Schwerpunkte im Management von Notsituationen an psychiatrischen Akutstationen:

Frühzeitiges Erkennen von Risikofaktoren  
Prävention von Aggressionen  
Vorgehen bei akuter Selbst- und/oder Fremdgefährdung  
Nachsorge

Die erarbeiteten Vereinbarungen sollen als SOP (Standard Operating Procedures) in Notfallsituationen einen strukturierten und korrekten Umgang mit beschränkenden Maßnahmen (Fixierungen, Isolierungen, Notfallmedikation) gewährleisten

### Definitionen / Abkürzungen

Akutstation = EG B5  
Überwachungsbereich = UbG Bereich Station EG B5  
FA = Facharzt  
PA = Patientenanwalt(schaft)   
MA = Mitarbeiter  
DGKP = Diplomiertes Pflegepersonal

## Fixierung

Die/der zuständige Ärztin/Arzt für die/den Patientin/en trägt während des laufenden Prozesses die Verantwortung über Verlauf und Dauer der Fixierung.   
Arzt (nicht Turnusarzt) oder dienstälteste DGKP leitet den Einsatz = Einsatzleiter.

*zuerst Zuständigkeiten klären und Umfeld sichern*

* WER leitet den Einsatz, wer führt das Gespräch, wie viele Personen sind nötig, wer übernimmt welche Tätigkeit bei der Fixierung
* WO wird fixiert, gefährliche Gegenstände aus dem Weg räumen, unbeteiligte Personen wegschicken, Umfeld vorbereiten. Dies soll so erfolgen, dass es Patienten nicht sehen können. Das Bett mit abgedeckten Gurten zum Patienten bringen.

### Vorbereitung

* Akutbett mit Fixierungsvorbereitung („Gurtenbett“) mit Segufix-System steht im Akut-Aufnahmezimmer immer bereit.

### Einleitung

* Patient wird über nötige Vorgangsweise aufgeklärt, ein letztes Mal Alternativen anbieten (aber nichts versprechen, was man nicht halten kann)
* Wenn der Gesprächsführer den Patienten gegenüber vom "letzten Mal" spricht, ist das für die anderen Mitarbeiter (MA) das Signal, sich in Positionen zu begeben, von wo aus ein rasches Zugreifen auf den Patienten möglich ist.
* Einsatzleiter gibt MA ein Signal zum Einsatz: "Jetzt …..", worauf durch eine gleichzeitige Aktion aller MA eine rasche und möglichst schonende Überwältigung der/s Patientin/en erfolgt.

## Durchführung

Fixierungen werden ärztlich angeordnet und dokumentiert   
Patienten Grund für die Fixierung und jeden Schritt der Maßnahme erklären.  
Möglichkeit geben, der Maßnahme zuzustimmen, aber nicht darüber verhandeln  
mindestens 4 / besser 5 Personen helfen gleichzeitig bei der Fixierung  
auf Sichtschutz vor anderen Patienten und Besuchern achten  
Handschuhe und Schutzbrillen für alle / eigene Brillen & Schmuck ablegen  
gefährliche Gegenstände aus der Reichweite der Patienten entfernen  
Kopf halten, um Verletzungen oder Bisse zu vermeiden   
Fixierung mit dem Segufix-System an allen Extremitäten, Beine gespreizt  
kurzfristige (10 Minuten) Kontrolle der fixierten Extremitäten bezüglich Blutstau  
Kopf leicht angehoben (Aspirationsgefahr)  
sofort nach der Fixierung medikamentöse Therapie beginnen  
Pulsoxymeter oder Monitor / Aufsicht durch PP (Überwachungszimmer)  
Thromboseprophylaxe bei längerer Fixierungsdauer innerhalb von 60 min beginnen  
Lovenox 40 mg / Tag / s.c. -- bei Risikopatienten 20 mg / Tag. s.c.  
CAVE: Gerinnungsstörungen, Thrombopenie, Hepatopathie, Blutungen (Alkoholiker!)   
vor Beginn Risikofaktoren abklären (Soarian Check, klinische Hinweise)

### Beendigung

* so bald wie möglich, wenn der Patient ruhig schläft (ca 30') oder ausreichend kooperativ und paktfähig wirkt
* etappenweise Fixierung lösen (über Kreuz an je einer Extremität)
* Dokumentation in FK und auf Fixierungsformular für PatAnwalt (Unterschrift): Gründe für die Fixierung, versuchte / angebotene alternative Maßnahmen, Beginn und Ende der Fixierung, Überwachungsmaßnahmen für den fixierten Patienten, allfällige Verletzungen

### Nachbearbeitung

Aggressionshandlungen, die eine Intervention erfordern, sollen prinzipiell nach besprochen werden.

* **Patient**: nach Beruhigung, am besten am nächsten Tag, Besprechung des Vorfalls: Gelegenheit, die eigene Sicht darzustellen und die Reaktion des Personals zu erklären. Falls einzelne MA in besonderer Weise involviert waren ev. zusätzlicher Gesprächskontakt mit diesen.
* **Personal**: nach Beendigung der Intervention liegt es in der Verantwortung der Stationsleitung, sich nach dem Befinden seiner Mitarbeiter zu erkundigen. bei besonderer individueller Betroffenheit: Gespräch bei Psychologie / SV
* bei Komplikationen, unerwarteten Ereignissen (Fehler im Ablauf, Verletzungen, etc.): Besprechung im Team („Manöverkritik“), keine Schuldzuweisungen!

**3 absolute NO GO’s :**

niemals

🖐 fixierte Patienten unbeaufsichtigt lassen !  
🖐 Fixierung ohne medikamentöse Therapie (Sedierung) !  
🖐 nur eine Extremität oder Arm und Bein einer Seite fixieren !

verpflichtende Dokumentation jeder Beschränkungsmaßnahme!

🗎🡪 \\wgredfs (V)\Psychiatrie\Formulare\UbG\UbG-Beschränkung.doc