



„Wir haben eine andere Sensibilität entwickelt“

- Pflegequalität für schwerstpflegebedürftige Menschen -

Ein Erfahrungsbericht zur Bettlägerigkeit in der Altenpflege

Eingereicht für den niedersächsischen Ideenwettbewerb Pflege von:

Monika Stukenborg, Pflegedienstleitung

Heywinkel-Haus gGmbH,

Bergstraße 31-33,

49076 Osnabrück

Telefon 05 41 / 96 11 3 - 0

Telefax 05 41 / 68 30 37

E-Mail: kontakt@heywinkel-haus.de

Internet: www.heywinkel-haus.de



„Menschen, die zurückgezogen im Bett liegen, sind der Aufmerksamkeit entzogen; sie protestieren kaum und sind öffentlichen Blicken nicht zugänglich – die begrenzten Ressourcen der beruflich Pflegenden widmen sich eher dem ‚Akuten‘ und ‚Lautstarken‘. Die „stumme Gefährdung“ des weiteren Rückzugs pflegebedürftiger Menschen ins Bett und die Innerlichkeit erfordert deutlich mehr Aufmerksamkeit und Aufwertung in den Einrichtungen.“

Angelika Zegelin

In den letzten drei Jahren wurde über die Gruppe schwerstdemenzkranker Menschen überwiegend unter dem Aspekt Pflegeoase diskutiert. Damit reduzierte sich die Diskussion um Pflegequalität für diese Bewohnergruppe auf eine Strukturfrage (gemeinschaftliche Unterbringung). Bereits im Jahre 2006 beschloss das Heywinkel-Haus einen besonderen Bereich für diese Bewohnergruppe zu bauen, jedoch mit einem Einzelzimmer für jeden Bewohner und der Möglichkeit sich über Tage in Gemeinschaft aufzuhalten. Aber 2006 war auch klar, dass eine bauliche Maßnahme alleine nicht ausreichend ist, dass sich vielmehr die Frage stellt, was inhaltlich gute Pflege für diese schwerstpflegebedürftigen Menschen heißt. Ein Schwerpunkt der Qualitätsentwicklung richtet sich deshalb seitdem auf diese Bewohnergruppe. Der Bereich „Beschütztes Wohnen“, in den Begrifflichkeiten des Jahres 2010 eine sogenannte qualitätsgesicherte Pflegeoase, wurde im April 2009 eröffnet. Nun entstand im Jahre 2010 der Eindruck, dass die Zahl der bettlägerigen Bewohner im Hause gesunken sei. Dies wurde anhand der Lagerungspläne überprüft und das Ergebnis war überraschend. Seit 2006 sinkt die Anzahl bettlägeriger Bewohner kontinuierlich. Wir glauben, dass dies lediglich ein Indikator für die Verbesserung der Pflegequalität ist, andere Erfolge lassen sich nur nicht so gut belegen. Im folgendem geht es darum darzustellen, wie dieses Ergebnis in einem Zusammenspiel verschiedener Maßnahmen erreicht wurde. Wir hoffen mit dieser Darstellung anderen Einrichtungen Anregungen geben zu können, wie es gelingen kann, die Pflegequalität für Menschen zu verbessern, die von sich aus kaum fordern und deren Interessen ohne böse Absichten leicht im Pflegealltag untergehen können.

Vorbemerkung

Das Heywinkel – Haus ist ein Altenheim- und Pflegeheim in Osnabrück mit 128 Plätzen, organisiert in drei Wohnbereichen. Es ist 40 Jahre alt. Innerhalb der letzten 15 Jahre gab es umfängliche bauliche und konzeptionelle Änderungen. Die vorletzte größere Baumaßnahme fand im Jahre 2003 / 2004 statt. Die wichtigste konzeptionelle Neuerung war die Einrichtung eines Bereiches für demenzkranke Bewohner mit besonderem Betreuungsbedarf. Einerseits leben im Hause mehr Bewohner, die nicht pflegeabhängig sind, als in vergleichbaren Einrichtungen. Das Konzept des Hauses ist attraktiv für Menschen, die noch in der Lage sind, sich selbstbestimmt einen Heimplatz zu suchen. Andererseits leben im Heywinkel-Haus mehr Bewohner, die völlig pflegeabhängig sind als in anderen Einrichtungen.¹ Im Jahre 2005 fiel auf, dass es im Hause sehr viele bettlägerige Bewohner gab und dass dieser Bewohnergruppe bei den baulichen und konzeptionellen Änderungen zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt worden war.

Ausgangssituation 2006

Im Jahre 2006 wurde deshalb ein Bereich für schwer bewegungs- und kommunikationseingeschränkte Menschen konzipiert. Der Entschluss 2006, einen Bereich für diese Bewohnergruppe zu bauen, fiel bevor in Deutschland über Pflegeoasen diskutiert wurde. Diese Diskussion zeigt, dass nicht nur im Heywinkel-Haus Unzufriedenheiten mit der Betreuungssituation schwerstpflegebedürftiger Menschen bestanden. Im Jahre 2006 war die Entscheidung, einen derartigen Bereich zu bauen, völlig neuartig. Die Konzepterstellung² war Pionierarbeit. Einerseits stellte sich die Frage der baulichen Gestaltung. Andererseits stellten sich Fragen nach dem pflegerischen Konzept. Kaum jemand hatte sich mit der Frage schwerstdementer, immobiler Bewohner in Altenheimen beschäftigt. Lediglich in der Schweiz existierte eine Pflegeoase. Die umfangreiche Fachliteratur zum Thema Demenz hatte eher als Schwerpunkt „herausforderndes Verhalten“. Anregungen

¹ Im Jahre 2008 nahm das Heywinkel-Haus an einer wissenschaftlichen Untersuchung zur Mangelernährung der Universität Witten/Herdecke teil. Dabei wurde auch die Frage nach der Pflegeabhängigkeit der Bewohner gestellt. Das Heywinkel-Haus fiel dadurch auf, dass es unter diesem Aspekt eine breiter gestreute Bewohnerstruktur als andere Einrichtungen hatte.

² Zum Konzept, siehe unter Downloads www.heywinkel-haus.de

fanden wir in der Kinästhetik, in der Basalen Stimulation und in der Arbeit von Zegelin³ zum Thema Bettlägerigkeit.

Der mutige Entschluss des Trägers, einen derartigen Bereich ohne Vorbild zu bauen, fand große Zustimmung in der Mitarbeiterschaft. Es herrschte Konsens, dass diese Bewohner „irgendwie zu kurz kommen“. Aber es wurde auch die Frage aufgeworfen, was kann man für diese Bewohner tun. Seit 2006 richtet sich ein Schwerpunkt der Qualitätsentwicklung in der Pflege auf diese Gruppe.

2010 – feststellbarer Rückgang von Bettlägerigkeit

Im Frühjahr 2009 wurde der Bereich „Beschütztes Wohnen“⁴ eröffnet. Acht immobile (bettlägerige) Bewohner aus dem Hause bezogen in dem neuem Bereich ein Einzelzimmer und erhielten damit gleichzeitig die bisher nicht vorhandene Möglichkeit, den Tag in Gemeinschaft zu verbringen. Bei der Konzeptionierung des Bereiches war davon ausgegangen worden, dass die Belegung überwiegend durch Bewohner aus dem Haus erfolgen werde. Es wurde unterstellt, dass im Hause immer ausreichend Bewohner leben, deren verschlechterter Gesundheitszustand eine besondere Betreuung erfordert. Im Jahre 2010 entstand der Eindruck, dass wir weniger bettlägerige Bewohner haben als in der Vergangenheit. Seit 2006 werden die Lagerungspläne⁵ in der EDV erstellt. Damit gab es eine Möglichkeit anhand des objektiven Kriteriums „Lagerungsplan über 24 Stunden im Bett“ die Anzahl bettlägeriger Bewohner rückwirkend zu überprüfen. Als dauerhaft bettlägerig wurden Bewohner erfasst, bei denen länger als ein halbes Jahr ein entsprechender Plan bestand. Die Eindeutigkeit des Ergebnisses war für uns überraschend.

Anzahl bettlägeriger Bewohner⁶

Halbjahr	1.Halb. 2006	2.Halb. 2006	1.Halb. 2007	2.Halb. 2007	1.Halb. 2008	2.Halb. 2008	1.Halb. 2009	2.Halb. 2009	1.Halb. 2010	2.Halb. 2010
Anzahl	20	20	19	17	14	14	10	9	10	8

Die Zahlen zeigen deutlich den Rückgang der Bettlägerigkeit. Die Auswertung belegt einen Zusammenhang zwischen PEG und dauerhafter Bettlägerigkeit.⁶ Entgegen

³ Angelika Zegelin, „Festgenagelt sein“ Der Prozess des Bettlägerigwerdens, Verlag Hans Huber, 2005

⁴ Zur Zeit läuft eine durch das Niedersächsische Sozialministerium geförderte Studie zur Evaluation des Beschützten Wohnens durch die Hochschule Osnabrück unter Leitung von Fr. Prof. Hotze, siehe dazu www.wiso.hs-osnabrueck.de/projekt-heywinkel.html

⁵ zum Begriff „Lagerungsplan“ siehe Anmerkung im Anhang

⁶ weiteres zur Tabelle und zur Auswertung siehe Anhang

dem in der Fachöffentlichkeit vermittelten Eindruck hat ein Heim kaum Einfluss auf die Anlage einer PEG. Alle Bewohner wurden mit PEG aufgenommen oder wurden mit einer Akuterkrankung ins Krankenhaus überwiesen und mit einer PEG entlassen. Der Tenor aus dem Krankenhaus lautete in den meisten Fällen „Außer der Anlage einer PEG können wir für den Bewohner nichts mehr tun“, d.h. der Bewohner benötigt Palliativpflege. Der externe Faktor PEG alleine erklärt jedoch nicht den Rückgang der Bettlägerigkeit. Es muss weitere Gründe geben.

Schlechte Pflege in der Vergangenheit?

Lange Zeit wurde in der Altenpflege Bettlägerigkeit als Thema verdrängt. Erst mit der Untersuchung von Zegelin wurde das Problem öffentlich aufgeworfen. Unter dem Motto „Bed is bad“ galt und gilt Bettlägerigkeit als Ausweis schlechter Pflege. Sie wird deshalb selten thematisiert. Wir wünschen uns eine offene angstfreie Diskussion über Bettlägerigkeit, von der wir glauben, dass sie nicht immer zu verhindern ist (siehe dazu unten). Selbstverständlich haben wir hausintern auch die Frage aufgeworfen, ob die Zahlen aus dem Jahre 2006 in schlechter Pflege begründet sind. Wir glauben nicht, dass die Pflege in unserem Haus schlechter war als in vergleichbaren Einrichtungen. Das einzige objektive Vergleichskriterium sind die MDK – Prüfungen. Es gab im Heywinkel-Haus lediglich eine Stichprobenprüfung, d.h. es gab keine Anlassprüfung und keine Wiederholungsprüfung, weil der MDK Pflegemängel gefunden hätte, die dies begründet hätten. Bei der Ursachensuche herrschte jedoch Einigkeit, dass die umfangreiche Baumaßnahme des Jahres 2003 / 2004 und der weit bis ins Jahr 2005 reichende Aufbau des Demenzbereiches erhebliche Energien gebunden hat. Dabei mag es einen Prozess mangelnder Aufmerksamkeit für die Gruppe der Schwerstpflegebedürftigen gegeben haben. Umgekehrt müssen seit 2006 Prozesse gelaufen sein, die als Ergebnis eine Verringerung der Anzahl bettlägeriger Bewohner hatten. Dies ist niemals als explizites Ziel formuliert worden. Zegelin stellt in ihrer Untersuchung die herrschende Auffassung in Frage, aktivierende Pflege bedeute, den Bewohner für einige Zeit täglich in den Rollstuhl zu setzen. Es müsse weiterreichende Konzepte von fördernder Pflege für immobile Menschen geben. Wir begaben uns 2006 auf einen Weg der Suche. Die Baumaßnahme war dabei nur der strukturelle Aspekt für Pflegequalitätsverbesserung

Veränderte Strukturen

Der Entschluss, einen eigenen Wohnbereich für schwerstgedemente Bewohner zu bauen, basierte auf der Erkenntnis, dass diese Menschen in den Strukturen des Hauses untergehen. Zimmer mit Türknauf und Klingel sichern ein hohes Maß an Privatheit und damit verbundener Lebensqualität. Für sprachunfähige immobile Bewohner, die nicht mehr aktiv am Gemeinschaftsleben teilnehmen können, fördern solche Türen jedoch Isolation. In den großen Wohnbereichen unseres Hauses sind Bewohner mit völlig verschiedenen Problemen und Ressourcen untergebracht. Von Seiten der Pflegemitarbeiter wurde immer wieder das Problem der Zeit für das Essenreichen thematisiert. Sie hätten dem Essenreichen und damit der Zuwendung pflegeabhängiger Bewohner gerne mehr Zeit gewidmet, fühlten sich jedoch durch fordernde Bewohner oder gesprächsfreudige Angehörige in ihren knappen Zeitressourcen beeinträchtigt. Pflegemitarbeiter fühlten sich oft in einer Verteidigungsposition gegenüber einer fordernden Umwelt für die Rechte immobiler Bewohner. Auffallend ist, dass heute diese Diskussionen über mangelnde Zeit speziell für sehr pflegeabhängige Bewohner wesentlich weniger geworden sind. Dabei sind vermutlich zwei strukturelle Gründe maßgebend. Dementielle Bewohner, die einen hohen Aufsichts- und Betreuungsbedarf haben, halten sich über Tag in der 2005 eingerichteten Tagesbetreuung auf. Die Präsenzkkräfte dort entlasten die Pflegemitarbeiter beim zeitaufwendigen Essen- und Trinkenreichen. Im Bereich des Beschützten Wohnens können sich die Mitarbeiter voll auf die schwerstpflegebedürftigen Menschen konzentrieren. Als nicht geplanter Nebeneffekt zeigt sich nun, dass jene schwerstpflegebedürftigen Menschen, die nicht dort leben auch eine qualitativ bessere Betreuung erhalten. Grundsätzlich gilt, je pflegeabhängiger ein Mensch ist, umso mehr Herz hängen Pflegende an diesen Menschen. Gibt es nur vereinzelt schwerstpflegebedürftige Bewohner in den Bereichen, so können die Pflegenden ihr Anliegen, sich gut um sie zu kümmern, besser durchsetzen.

Die Bedeutung der Direkten Pflege

Direkte Pflege bezeichnet die Pflege am Bewohner im Gegensatz zur Indirekten Pflege, die Tätigkeiten wie Vor- und Nachbereitung, Dokumentation u.ä. beinhaltet. Kennzeichnend für schwerstpflegebedürftige Bewohner ist der hohe Bedarf an Grundpflege. Da eine Reihe von Tätigkeiten (Behandlungspflege, Arztbegleitung,

Pflegeplanung) den Fachkräften vorbehalten ist, wird ein erheblicher Teil der Pflegeleistung (Grundpflege) für diese Bewohner von Nicht-Fachkräften erbracht. Grundlage jeder guten Pflege ist die Qualität der Pflegebeziehung. Die Beziehung zwischen einem immobilen sprachunfähigen Bewohner und einer Pflegekraft ist durch Abhängigkeit gekennzeichnet. Die Pflegekraft trägt die Verantwortung für die Beziehungsgestaltung. Sie muss die Signale des Bewohners wahrnehmen und deuten können, ihr obliegt der aktivere Teil der Beziehungsgestaltung. Neben entsprechender Sozialkompetenz und Empathie gehört dazu jedoch auch profundes Fachwissen. Gefühlsmäßig richtiges Handeln reicht nicht. Erläutert sei dies am Beispiel einer alltäglichen Situation beim Essenreichen. Die Pflegekraft reicht einem Bewohner mit Schluckstörungen einen Bissen. Der Bewohner konzentriert sich auf das Schlucken. Die Pflegekraft fragt intuitiv freundlich, ob es schmeckt. Der höfliche Bewohner möchte antworten und konzentriert sich auf die Antwort. Er ist jedoch wegen seiner Beeinträchtigung nicht in der Lage Kauen und Sprechen hinreichend zu koordinieren. Die Folge ist, er verschluckt sich. Fachlich richtig ist in dieser Situation, die intuitive Freundlichkeit zu unterdrücken und den Bewohner erst nach dem Schluckakt zu fragen. In einer unreflektierten Grundpflege kann eine Vielzahl von Fehlern auftreten. Um die Qualität der Direkten Pflege zu verbessern ist Fachwissen nicht nur bei den Fachkräften sondern auch bei den Hilfskräften erforderlich. Fast unausrottbar ist in der Pflege das hierarchische Denken, dass Hilfstätigkeiten im Bereich ärztlicher Therapie und Diagnostik höherwertiger sind als die pflegerischen Kernkompetenzen im Bereich der Direkten Pflege. Qualität für schwerstpflegebedürftige Menschen ist gleichbedeutend mit hoher Kompetenz der Pflegemitarbeiter in der Grundpflege gepaart mit einem professionellen Selbstbewusstsein als Grundlage für eine reflektierte und engagierte Haltung dem pflegeabhängigen Menschen gegenüber. Die Haltung „Ich bin nur Hilfskraft und darf deshalb nur waschen, während die Fachkraft die Medizin stellt“ ist kontraproduktiv. Die morgendliche Körperpflege ist die Zeit der intensivsten Beziehungspflege. Fördernde Pflege beginnt damit, dass die Körperpflege als fördernde Pflege im Sinne von Bewegungs- und Wahrnehmungsförderung durchgeführt wird. Die Qualität der Pflege hängt davon, ob die Pflegekraft in der Lage ist, die Signale des Bewohners wahrzunehmen, zu deuten und die richtigen professionellen Konsequenzen zu ziehen. Die hohe Bedeutung der Direkten Pflege und die Bedeutung der Fachlichkeit auch der Hilfskräfte haben uns veranlasst, seit 2006 ein Konzept innerhäuslicher

Fortbildung umzusetzen, dass beide Aspekte berücksichtigt. Bei der Suche nach einem Pflegekonzept für den Bereich des Beschützten Wohnens wurde klar, dass es keine Fachliteratur gibt, die diese Gruppe in den Mittelpunkt stellt, aber dass es hilfreiche Konzepte gibt. Darüber hinaus gibt es Einzelprobleme, die bearbeitet werden können. Entsprechend gestalteten wir die Inhalte des Fortbildungskonzeptes.

Kinästhetik

Seit 2006 finden bei uns im Hause jährlich ein bis zwei Kinästhetik-Fortbildungen statt. Ziel war zunächst, dass jeder Pflegemitarbeiter (Hilfskräfte ebenso wie Fachkräfte) einen viertägigen Grundkurs hat. Unser aktuelles Ziel ist ein Aufbaukurs für jeden Mitarbeiter und die Ausbildung eigener Kinästhetik – Peer – Tutoren im Haus. Das Konzept regelmäßiger Kinästhetik - Veranstaltungen hat sich sehr bewährt. Auf diese Art wird Pflege unter kinästhetischen Prinzipien immer wieder thematisiert. Mitarbeiter tragen die Erkenntnisse aus ihren Kursen in die Wohnbereiche. Sie erhalten „Hausaufgaben“, die sie im Rahmen des Kurses bearbeiten müssen. Neue Bewohner mit neuen Problemen stehen im Fokus der Aufmerksamkeit. Auf diese Art wird Wissen immer wieder aufgefrischt bzw. erstes Wissen durch die Arbeitskollegen vermittelt. Im ersten Kurs musste die Dozentin die Mitarbeiter von der Praxistauglichkeit der Inhalte überzeugen. Die Nachhaltigkeit des Prinzips, über Jahre immer eine neue Gruppen zu schulen, zeigte sich insbesondere im letzten Grundkurs. Die Dozentin traf auf durch die Praxis vorgebildete Mitarbeiter. Gegen Ende wurden bereits Inhalte des Aufbaukurses vermittelt. Die Kinästhetik ist ein komplexes Pflegekonzept, das Bewegung als die Basis allen Lebens und aller Aktivitäten im Leben sieht. Grundlage der Kinästhetik ist eine Bewegungsanalyse unter verschiedenen Aspekten. Von daher fördert Kinästhetik das reflektierte Arbeiten der Mitarbeiter und die Suche von Problemlösungen auch abseits eingefahrener Wege. Dies sei anekdotenhaft verdeutlicht. Eine Praxisanleitung fand bei einer Bewohnerin statt, die unter dem Aspekt Transfer als sehr schwierig galt. Zur Analyse gehört zu fragen, welche Fähigkeiten braucht ein Bewohner, um aufzustehen. Welche Probleme hat er und welche Ressourcen hat er? Ergebnis der Praxisbegleitung: Wenn das Bett umgestellt wird, kann der Bewohner seine einseitig guten Bewegungsfähigkeiten einsetzen. Durch seine aktive Mithilfe gestaltet sich der Transfer wesentlich leichter. Die Mitarbeiter waren verblüfft, dass eine simple Maßnahme die Lösung des schwierigen Problems war. Zegelin weist daraufhin, dass

der Transfersituation mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte, da sie von den Bewohnern als belastend empfunden wird. Für die Pflegemitarbeiter gilt dies gleichfalls. Die Transfersituation stand eindeutig im Zentrum der „Hausaufgaben“ und Praxisbegleitungen, weil sie von den Mitarbeitern als besonders für den Rücken belastend empfunden wurde. Selbstverständlich war das Engagement der Mitarbeiter in den Fortbildungen und insbesondere auch bei den „Hausaufgaben“ unterschiedlich. Von den Hilfskräften wurde durch hohes Engagement aber deutlich signalisiert, dass sie die gleichberechtigte Teilnahme als Wertschätzung und Kompetenzstärkung empfanden. So war z.B. die Leistung zweier Pflegehilfskräfte beeindruckend, denen es gelangt eine bereits in Ansätzen vorhandene Spitzfussbildung rückgängig zu machen. Mobilisierung gilt als Standardmaßnahme zur Kontrakturenprophylaxe. Sie ist jedoch zur Spitzfussprophylaxe nur wirksam, wenn der Bewohner beim Transfer auf den eigenen Füßen steht und beim Sitzen auf eine korrekte Fußhaltung geachtet wird. Die Mitarbeiter erkannten, dass der praktizierte Transfer dazu führte, dass die Bewohnerin auf Zehenspitzen stand. Sie entwickelten einen pflegerischen Handlungsablauf, der dies verhinderte. Gleichzeitig sorgten sie durch Hilfsmittel für eine korrekte Fußposition im Sitzen.

Basale Stimulation

2009 erhielten alle Mitarbeiter eine eintägige Einführung in die Basale Stimulation. Darauf aufbauend gab es im Herbst – Winter 2009 / 2010 sechs eineinhalbstündige Fortbildungen zu speziellen Themen. Schwerpunkt ist die Wahrnehmungsförderung für schwerstpflegebedürftige Menschen im Rahmen von Pflege. Es zeigte sich, dass Kinästhetik und Basale Stimulation zwei Konzepte sind, die sich in der Praxis sehr gut ergänzen. Grundlage ist stets die Wahrnehmung des Bewohners durch den Pflegenden und die reflektierende Arbeitshaltung. Davon ausgehend gibt es bei konkreten Themen keine Widersprüche, sondern nur eine Sichtweise unter verschiedenen Aspekten. Beide Konzepte empfehlen z.B. den Einsatz von Lagerungsrollen. Diese wurden Anfang 2009 im Rahmen einer Kinästhetik – Fortbildung angeschafft, aber von den Mitarbeitern eher schleppend akzeptiert. Im Rahmen der Basalen Stimulation wurde thematisiert, dass durch die Modellierung dieser Lagerungsrollen der Bewohner seine Körpergrenzen besser erfährt und dies als beruhigend empfindet. Nachhaltig wurde diese Botschaft dadurch, dass eine Mitarbeiterin erzählte, sie habe Lagerungsrollen entsprechend eingesetzt und könne

dies bestätigen. Die Folge ist, dass mittlerweile ein Mangel an Lagerungsrollen beklagt wird.

Kontrakturen

Ein Ergebnis der Kinästhetik – Fortbildung ist, dass in der Pflege leicht statt einer Kontrakturenprophylaxe auch eine Kontrakturenförderung erfolgen kann. Um dieses Thema auch unter einem anderen Aspekt zu beleuchten, baten wir eine im Haus tätige Physiotherapeutin um eine entsprechende Fortbildung. Statt der ursprünglich geplanten zwei Fortbildungen ergaben sich wegen des Interesses vier Fortbildungen. Auch hier war die Erkenntnis, dass Pflegefehler Kontrakturen fördern. Ähnlich wie wir 2010 den Eindruck hatten, wir haben weniger bettlägerige Bewohner als in den vergangenen Jahren, so haben wir auch den Eindruck, wir haben weniger Bewohner mit Kontrakturen⁷. Dies können wir jedoch nicht mit harten Zahlen belegen.

Die Kunst des Essenreichens⁸

Ein beliebter Pflegefehler ist der unreflektierte Einsatz von Schnabelbechern, einem Hilfsmittel das Verschlucken fördert. Im Rahmen unserer Fortbildungen wurde dies bereits dreimal thematisiert: in der Kinästhetik als Selbstversuch, in der Basalen Stimulation⁹ und im Rahmen einer Fortbildungsreihe über Schluckstörungen unter logopädischen Aspekten. Es ist unbestritten, dass chronisch fortschreitende Erkrankungen wie Alzheimer oder Parkinson zu Schluckstörungen führen. Umso erstaunlicher ist es, wie selten dies auch in der Fachliteratur thematisiert wird (z.B. gibt es keine Fachliteratur zum Thema Kostanpassung bei zunehmenden Schluckstörungen). Auch im Rahmen der Diskussionen über Mangelernährung taucht dieses Thema kaum auf. Mitarbeiter hingegen können in der Regel eine Vielzahl von Problemen benennen, die mit dem Thema Essenreichen verbunden sind (Bewohner macht Mund nicht auf, verschluckt sich ständig etc.). Ein Faktor für Mangelernährung kann durchaus falscher Umgang mit Schluckstörungen bzw. fehlerhaftes Verhalten beim Essenreichen sein. Aus diesem Grund setzten wir hier

⁷ siehe dazu Anmerkung Anhang

⁸ Der Begriff wurde geprägt von der Dozentin der Fortbildung der klinischen Linguistin Judith Weiter, die anschließend unter dem Titel „Gestörter Genuss“, dazu einen Artikel in der Altenpflege veröffentlichte (Heft 10, 2007)

⁹ Die Dozentin bemerkte allerdings, die Mitarbeiter wären zu diesem Thema gut informiert

einen Fortbildungsschwerpunkt, zu dem auch eine Supervision der Mitarbeiter beim Essenreichen gehörte.¹⁰

Die Bedeutung des Sitzens

„Der Mensch isst mit der Hüfte“, mit diesem markanten Satz charakterisierte in der Fortbildung die Expertin die Bedeutung des Sitzens. Selbstverständlich war Sitzen auch im Rahmen der Kinästhetik – Fortbildung Thema. Von Bedeutung war jedoch auch eine andere Veranstaltung. Zegelin weist in ihrer Untersuchung ausdrücklich darauf hin, dass dem Sitzen mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte. Selbstkritische Wahrnehmung führte dazu, dass auch bei uns im Hause Bewohner manchmal in ihren Rollstühlen „hängen“ und dass Handlungsbedarf besteht. So wandten wir uns an einen Reha-Techniker aus einem Sanitätshaus mit der Bitte um eine Fortbildung zum Thema Rollstühle. Dabei ging es nicht nur darum, wie ein individuell angepasster Rollstuhl gestaltet sein muss, es wurde auch die praxisrelevante Frage, wie bekommen wir einen derartigen Rollstuhl von der Krankenkasse, erörtert. Aus dieser Fortbildung entwickelte sich eine sehr zufriedenstellende Zusammenarbeit mit dem Sanitätshaus. Bei der innerhäuslichen Diskussion über die Gründe der Abnahme von Bettlägerigkeit wurde von den Mitarbeitern als ein Grund benannt, wir haben bessere Rollstühle. Es ist fraglich, ob das Genehmigungsverhalten der Kassen günstiger geworden ist oder ob wir geschickter beim Beantragen geworden sind.

Die materielle Ausstattung – finanzielle Investitionen

Nach Meinung der Mitarbeiter ist die bessere Ausstattung insgesamt bemerkenswert, neben den Rollstühlen wurden insbesondere Lifter¹¹ erwähnt. Daneben gab es Anschaffungen im Bereich der Lagerungshilfsmittel, insbesondere Lagerungsrollen. Materialien für den Begleitenden Dienst gehörten ebenso dazu wie spezielle Trinkgefäße für Bewohner mit Schluckstörungen. Investitionen in Sachbedarf sind stets auch eine Investition in die Mitarbeitermotivation. Einerseits verhindern sie Frustration darüber, dass die pflegerische Kompetenz mangels Hilfsmitteln nicht umgesetzt werden kann, andererseits signalisieren sie die Bereitschaft des Trägers, durch finanziellen Einsatz Mitarbeiterengagement zu unterstützen. Insgesamt sind in

¹⁰ Die Fortbildung war eingebunden in ein Projekt zur Qualitätsverbesserung im Bereich Ernährung, das vom Demenz Support Stuttgart ausgezeichnet wurde, siehe unter Downloads, www.heywinkel-haus.de oder www.demenz-support.de (unter Downloads, Tagungsberichte)

¹¹ Die Einschätzung der PDL weicht von der der Mitarbeiter ab. Sie glaubt sich erinnern zu können, dass es Zeiten gab, wo Lifter ungenutzt in der Ecke standen.

unserem Hause erhebliche finanzielle Mittel zur Förderung der Pflegequalität eingesetzt worden – abgesehen von der Baumaßnahme. Der größte Posten dabei waren die Fortbildungskosten. Ausgaben bestimmen sich immer durch Prioritätensetzung. Die im Jahre 2006 erfolgte pflegerische Prioritätensetzung wurde konsequent durchgehalten. Die Kosten verteilten sich über die Jahre und die Zahlen zur Bettlägerigkeit rechtfertigen rückblickend die Ausgaben.

Ermitteln von Wohlbefindensfaktoren

Wir gehen davon aus, dass sich für jeden Menschen individuelle Faktoren ermitteln lassen, die für sein Wohlbefinden im Alltag wichtig sind¹². Mit allen Pflegefachkräften haben wir deshalb einen Workshop veranstaltet, zu der Frage, wie wir diese Faktoren pflegeplanerisch erfassen können. Dabei stand die „schwierige“ Gruppe der sprachbeeinträchtigten immobilen Bewohner im Mittelpunkt. Uns erschien es zunächst wichtig zu ermitteln, wie teilt dieser Bewohner Wohlbefinden mit (z.B. lächeln, entspannte Körperhaltung, Beantwortung einfacher Ja / Nein – Fragen u.ä.). Ebenso wichtig sind Signale für Unwohlsein (z.B. erhöhte Körperspannung, Abwehrverhalten, „grimassenhafte“ Mimik etc.) mit. Es zeigte sich, dass sich für jeden Bewohner Wohlbefindensfaktoren ermitteln ließen, die für den Pflegealltag bedeutsam sind: Ansprache mit Vornamen, warmes Zimmer, kräftiges Rubbeln beim Waschen, Stofftier im Bett, Wohlfühlbad sind einige Beispiele für Wohlfühlfaktoren aus den Pflegeplanungen. Durch diese Betrachtungsweise findet der in verschiedenen Fortbildungen vermittelte Inhalt, dass die individuelle Wahrnehmung des Bewohners die Grundlage guter Pflege ist, eine Weiterentwicklung unter dem Aspekt Wohlbefinden. Damit war in unserem Hause endlich ein Instrument geschaffen, um wertvolle Kenntnisse über die „kleinen Vorlieben“ der Bewohner, die bisher nicht systematisch genutzt wurden, zu bündeln und pflegeplanerisch zu integrieren.

Lässt sich Bettlägerigkeit vermeiden?

Wir haben einen Bewohner im Hause, der ganz klar signalisiert, ich möchte nicht mobilisiert werden. „Am liebsten mag ich im warmen Zimmer ungestört unter meiner

¹² Zu dieser Sichtweise wurden wir durch das Projekt DEMIAN (Demenzranke Menschen in individuell bedeutsamen Alltagssituationen) der Universität Heidelberg angeregt. Dazu fanden auch Untersuchungen in unserem Hause statt. Aus diesem Grunde war das Ermitteln von Wohlbefindensfaktoren einem Teil der Mitarbeiter bereits bekannt, zum DEMIAN-Konzept siehe unter laufende Forschungsprojekte, www.gero.uni-heidelberg.de

Bettdecke liegen und meine Ruhe haben. Gespräche und aktivierende Maßnahmen empfinde ich eher als störend.“ Im Falle dieses Bewohners ist dies entsprechend in der Pflegeplanung unter Wohlbefinden dokumentiert. Wir glauben Bettlägerigkeit lässt sich nicht immer vermeiden. In der stationären Altenpflege ist der Bettlägerige in der Regel sprachlich und kognitiv stark eingeschränkt. Uns fällt auf, dass es Gemeinsamkeiten in der Biografie jener Bewohner gibt, die ihre Immobilität innerhalb unseres Hauses entwickelten. Sie waren alle bereits einmal in einen derartig schlechten Allgemeinzustand, dass die Umwelt erwartete, ihr Lebensende sei eine Frage von Stunden oder Tagen. Entgegen dieser Prognose stabilisierte sich ihr Gesundheitszustand dann jedoch. Sie sind hochbetagt (Durchschnittsalter ca. 92 Jahre) und sie leben überdurchschnittlich lange im Altenheim (mehr als fünf Jahre). Beispielhaft sei hier etwas aus der Biografie zweier betroffener Bewohner berichtet. Fr. X ist 99 Jahre und seit knapp anderthalb Jahren bettlägerig. Sie lebt seit mehr als 10 Jahren im Heywinkel-Haus. Etwa bis zu ihrem 96. Lebensjahr galt sie als Bewohnerin in einem altersentsprechend sehr guten Gesundheitszustand. Wann zum ersten Mal in einem Gespräch das Wort „Abbau“ fiel, lässt sich im Nachhinein nicht mehr feststellen. In einem schleichenden, eher unspektakulären Prozess haben ihre Körperkräfte nachgelassen. Bei Durchsicht der Lagerungspläne war deutlich erkennbar, wie die tägliche Mobilisierungszeit sich immer mehr verringerte. Irgendwann waren es nur noch zwei Stunden, die dann auf eine Stunde reduziert wurden. Die Pflegeziele wurden palliativ, keine Belastungen durch Mobilisierung, keine Schmerzen, Akzeptanz ihres schlechten Essverhaltens, etc.. Mehrfach bereits waren Angehörige, Pflegende und der Hausarzt davon überzeugt, dass ihr Lebensende kurz bevorstehe, ihr Zustand stabilisierte sich stets wieder. Fr. X ist ein Beispiel dafür, dass der Abschied aus dem Leben manchmal sehr langsam verläuft. Das Wort „Siechtum“ gilt als nicht mehr zeitgemäß, dennoch ist es vermutlich das zutreffende Wort für die Biografie am Lebensende von Fr. X. Anders als bei Fr. X beginnt bei Fr. Z. die Bettlägerigkeit nach einer Akuterkrankung mit Krankenhausaufenthalt. Fr. Z. zog Anfang 2003 bei uns ein. Sie war eine demenzkranke mobile Bewohnerin, deren größtes Problem war, dass sie sich häufig bestohlen glaubte. Sie war beliebt und gut integriert ins Heimleben, weil sie sich durch Sozialkompetenz und Freundlichkeit auszeichnete. Im Juni 2008 wurde sie mit Verdacht auf eine Lungenentzündung ins Krankenhaus eingewiesen. Von dort hörten wir zunächst, dass es ihr sehr schlecht gehen würde und sie vermutlich nicht mehr in

das Heywinkel – Haus zurückkehren würde. Dann erhielten wir Nachricht, es würde noch eine PEG gelegt und sie käme zurück. Wir erlebten Fr. Z. als völlig verändert, sie war in einem sehr geschwächten Allgemeinzustand, konnte nur noch wenig unverständlich sprechen und reagierte auf alle Pflegehandlungen mit stark abwehrenden Verhalten. Mobilisierungsversuche wurden von den Pflegemitarbeitern als „Kampf“ charakterisiert. Wir benötigten einige Zeit, um ihr Verhalten zu verstehen. Stellen wir uns vor, in unser Leben in unserer dreidimensionalen Welt würde ein Wesen aus einer vierten Dimension eingreifen. Es wäre eine Angst machende, verstörende Erfahrung, auf die wir vermutlich mit starker Abwehr reagieren würden. Ähnlich ergeht es Fr.Z. Sie lebt geistig in einer völlig eigenen Welt. In ihrer Welt sind Pflegehandlungen wie Eingriffe aus der anderen Dimension. Unser Pflegeziel ist zu erreichen, dass sie pflegerische Tätigkeiten als möglichst wenig bedrohlich erlebt. Manchmal gelingt uns dies, manchmal nicht. Fr. Z. ist 90 Jahre alt. Wir glauben, sie hat das Recht, möglichst ungestört in ihrer Welt in der Sicherheit ihres Pflegebettes zu sein. Für sie ist ihr Stoffhund wichtig, mit dem sie lange, scheinbar sehr interessante Gespräche in einer uns unverständlichen Sprache führt. In den letzten Jahren wird das Thema Palliativpflege in der stationären Altenpflege in der Fachöffentlichkeit diskutiert. Kritisch betrachtet fällt auf, dass in den Diskussionen häufig Pflege in der terminalen Lebensphase und Palliativpflege verwechselt wird. Palliativbetreuung hat einen umfassenderen Anspruch als nur die Pflege in den letzten Lebenstagen. Das Konzept der Palliativpflege stammt aus der onkologischen Betreuung eher jüngerer Menschen. Wir halten Bettlägerigkeit für keinen wünschenswerten Zustand, wir glauben jedoch, dass eine Floskel wie „Bed is bad“ nicht hilfreich ist. Wir glauben, dass eine Diskussion der Frage, gibt es besondere Aspekte in der Palliativbetreuung, der Begleitung in der letzten Lebensphase hochbetagter Menschen hilfreicher wäre. Es gibt am Lebensende individuelle Verläufe, die mit Bettlägerigkeit verbunden sein können.

Keine Zeit, kein Geld und trotzdem etwas tun

2006 haben wir uns auf einen Weg begeben, der schwerstpflegebedürftige Menschen in den Mittelpunkt unserer Arbeit stellt. Wir glauben nicht, dass wir am Ende des Weges sind, aber wir sind auf einen richtigen Weg. Beim Erstellen dieses Berichtes wurde uns bewusst, wie viel Zeit und Geld wir in den letzten Jahren dafür sinnvoll eingesetzt haben. Es gibt sicherlich Einrichtungen, in denen vermutlich

wenig Bereitschaft („keine Zeit, kein Geld“) besteht, sich umfangreich in diesem Bereich zu engagieren. Deshalb möchten wir zum Schluss rückblickend aus unserer Erfahrung einige Empfehlungen geben, die (fast) ohne Geld und mit geringem Zeiteinsatz umgesetzt werden können. Vielleicht klingt einiges banal und selbstverständlich. Der größte Pflegefehler ist jedoch unreflektiertes Verhalten und es ist immer richtig, ab und an über eingefahrene Alltagsroutinen nachzudenken.

- Wohlbefindensfaktoren: Es ist hilfreich, sich im Team zusammenzusetzen und Beobachtungen aus der alltäglichen Pflege zusammenzutragen, in denen der Bewohner Wohlbefinden signalisiert. Es ist meist leicht und ohne zusätzlichen Pflegeaufwand möglich diese Wohlbefindensfaktoren gezielt und geplant in der täglichen Pflege umzusetzen. (Da Wohlbefinden und muskuläre Entspannung einen Zusammenhang bilden, sind dies auch Maßnahmen zur Kontrakturenprophylaxe).
- Zimmergestaltung: Das Zimmer eines bettlägerigen Bewohners sollte unter dem Aspekt analysiert werden, was befindet sich im Blickfeld des Bewohners. Sieht er den ganzen Tag auf den Kleiderschrank? Hängen die schönen Bilder am Kopfende des Bettes? Gibt es eine Möglichkeit, dass Bett so zu stellen, dass der Bewohner aus dem Fenster schaut?
- Blickfeldgestaltung: Denken Sie über Möglichkeiten nach das Blickfeld des Bewohners zu gestalten. Eine Möglichkeit sind dekorierte Infusionsständer. Alle Betten immobiler Bewohner sind bei uns mit einem Aufrichter ausgestattet, die hervorragend geeignet sind, etwas Anregendes in Greif- und Blickrichtung dem Bewohner anzubieten. Wir hängen daran meist Mobiles mit eingeschweißten Bildern
- Wahrnehmungsförderung: Wir haben Bewohner, die die Bilder von den Mobiles zum Betrachten nehmen. Überhaupt haben wir die Erfahrung gemacht, dass es immobile Bewohner gibt, die gerne Dinge wie Stofftiere, Tücher u.ä. die in Reichweite liegen, in die Hand nehmen und sich mit ihnen beschäftigen.
- Licht: Versuchen Sie durch Einsatz von Licht ein Minimum an Tagesstrukturierung zu erreichen. Ziehen Sie zur Mittagsruhe die Gardinen zu, aber denken sie in der dunklen Jahreszeit unbedingt daran nachmittags Licht einzuschalten.
- Essenreichen: Auch gesunde Menschen, die aus dem Schlaf erwachen, benötigen meist einige Augenblicke um „richtig wach“ zu werden. Dies gilt noch mehr für körperlich schwache, kognitiv eingeschränkte Bewohner. Dennoch ist es

eine Alltagssituation, dass ein Pflegemitarbeiter mit einem Essenstablett ein Zimmer betritt, den schlafenden Bewohner weckt, ihn aufrecht setzt und ihn auffordert den Mund aufzumachen. Wer verspürt schon unmittelbar nach dem Aufwachen Appetit? Es ist sinnvoll, dem Bewohner die Chance zu geben, sich auf das Essen einzustellen (einige Minuten vorher wecken und aufrecht hinsetzen).

- Lagerungen: Bei uns im Hause haben Mitarbeiter eine Neigung den Bewohner möglichst flach zu lagern. Sie befürchten, dass der Bewohner bei seitlicher Lagerung durch geringe Eigenbewegungen gegen das Bettgitter abrutschen könnte. Dieses Argument gilt nicht bei Lagerung auf dem Rücken, so dass sich anbietet, Rückenlagerung und möglichst sitzende Haltung im Bett zu verbinden. Es sollten Absprachen mit allen regelmäßigen Besuchern getroffen werden. Besuche sind wenig sinnvoll, wenn der sprachunfähige, vielleicht auch schwerhörige Bewohner, der zur Wandseite hin gelagert ist, nicht einmal Blickkontakt aufnehmen kann. Er sollte seine Besucher möglichst sitzend empfangen.
- Tagesstrukturierung: Bei bettlägerigen Bewohnern mit vielen Schlafphasen am Tag ist es sinnvoll, über ein Minimum an Tagesstrukturierung nachzudenken. Das gezielte Einsetzen von Licht, das Essenreichen mit einer Zeit der Essensvorbereitung, Rückenlagerung mit Sitzposition zu bestimmten Tageszeiten, dem Bewohner am Tage andere Kleidung zu geben als in der Nacht, Beschäftigungsangebote zu festen Tageszeiten sind Möglichkeiten dafür.
- Entspannungsbad: Nicht jeder mag baden, aber es war frappierend, welche positive Wirkung ein Entspannungsbad bei einigen Bewohnern hatte. Wichtig ist, dass mit Hilfsmittel wie Licht, Duftkerzen, Musik und einem ansprechend gestalteten Badezimmer eine entsprechende Atmosphäre geschaffen wird. Die Haltung der Mitarbeiter muss Ruhe ausstrahlen. Die unter Zeitdruck stehende Schwester, die noch schnell eben gründlich die Haare waschen will, ist kontraindiziert. Bei uns im Hause bereiten die Betreuungskräfte nach SGB XI §87b die Entspannungsbaden vor und halten sich während des Bades beim Bewohner auf. Pflegemitarbeiter führen die Transfers durch und sind in der Nähe.
- Seelsorgerische Betreuung: In dem Bereich des Beschützten Wohnens wird bei uns im Hause regelmäßig eine Kurzandacht durchgeführt für Bewohner, die aus gesundheitlichen Gründen nicht an der „großen“ Andacht teilnehmen können.

Rückblickend fragen wir uns, warum wir nicht früher über die seelsorgerische Betreuung schwerstbeeinträchtigter Menschen nachgedacht haben. Es lohnt auf jeden Fall, einen Pastor, eine Ordensschwester oder ein engagiertes Kirchenmitglied zu bitten, regelmäßig ein vertrautes Gebet am Bett des Bewohners zu sprechen. Gemeinsames Beten findet sich in der Biografie vieler Bewohner als Kindheitserfahrung.

- Rollstühle: In unserem Hause kommt einmal wöchentlich ein kompetenter, zuverlässiger Reha-Techniker eines Sanitätshauses, der Rollstuhlprobleme aller Art mit den Mitarbeitern direkt beim Bewohner bespricht. Auf diese Art wird sichergestellt, dass der Bewohner einen möglichst optimalen Rollstuhl hat.

„Wir haben eine andere Sensibilität entwickelt“,

äußerte eine Wohnbereichsleitung als im Hause darüber debattiert wurde, welche Auswirkungen die Fortbildungen gehabt haben und worin der Rückgang der Zahl der bettlägerigen Bewohner begründet ist. Wir glauben, dass diese Sensibilität uns befähigt, heute eine bessere Pflegequalität zu erreichen als vor einigen Jahren. Unsere Pflegeziele sind reflektierter und realistischer. Die Mitarbeiter verfügen über pflegerisches Wissen im Umgang mit schwerstpflegedürftigen Menschen. Sie erkennen die Bedeutung „kleiner“ pflegerischen Erfolge – unschätzbar wichtig für das professionelle Selbstverständnis und die berufliche Motivation. Die „andere Sensibilität“ der Mitarbeiter lässt sich auch aus der Pflegedokumentation lesen. Einträge wie der folgende über die oben erwähnte Fr. Z. gab es vor einigen Jahren nicht.

„Fr. Z. ist kaum in der Lage verbal sinngebend zu kommunizieren. Gleichwohl ‚brabbelt‘ sie ohne Unterlass und scheint sich oft mit imaginären Personen zu unterhalten. ... Ganz wichtig ist für Fr. Z., das sie immer etwas in den Händen halten kann. Ein kleiner Plüschhund ist ihr wichtigster Begleiter. ... Sonst wirkt Fr. Z. auf bekanntem Niveau stabil und lebt mehr und mehr in ihrer eigenen Welt. Die Abwehrreaktionen bei der Grundpflege und beim Lagern lassen sich etwas verringern, indem man bei den entsprechenden Aktionen, kinästhetische Ansätze in die Arbeit einfließen lässt. Man gibt Frau Z. Raum und Zeit und gibt durch entsprechende Bewegungen einer Masse die Bewegungsrichtung vor. Frau Z. ist weniger ängstlich und unruhig und toleriert die Hilfe besser.“

Bewegungs- und wahrnehmungsfördernde Pflege beginnt mit der Bereitschaft der Mitarbeiter, in ihr alltägliches Handeln jene kleinen Elemente einzubauen, die für den Bewohner individuell bedeutsam sind. Die Vorgabe der Bewegungsrichtung und der kleine Plüschhund müssen in ihrer Relevanz erkannt werden. Dafür braucht es eine entsprechende professionelle Sensibilität. Dann kann es gelingen einen positiven Prozess zu initiieren, dessen Ergebnis selbst die Beteiligten überrascht.

Anhang

Die Auswertung der Lagerungspläne

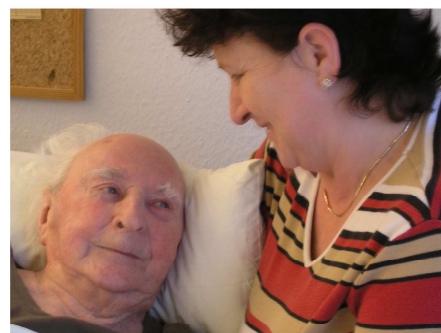
In unserer EDV ist es möglich für jeden Bewohner einen individuellen Bewegungs- / Lagerungsplan¹³ zu erstellen, so dass auch rückblickend noch festgestellt werden konnte, für welche Bewohner ein Plan für 24 Stunden Aufenthalt im Bett erstellt wurde. Als dauerhaft bettlägerig wurden jene Bewohner bezeichnet, für die ein solcher Plan länger als ein halbes Jahr bestand. Diese Festlegung erfolgte aus zeitökonomischen Gründen, um den Aufwand zur Ermittlung der Daten zu begrenzen. Die Auswertung zeigte, dass in den Lagerungsplänen weitere Informationen schlummern. So war meist deutlich erkennbar, ob sich die Bettlägerigkeit über einen längeren Zeitraum entwickelte. In diesen Fällen bestand zunächst ein nächtlicher Lagerungsplan, der dann durch druckentlastende Maßnahmen am Tage im Sitzen ergänzt wurde. Schließlich erfolgte eine Reduzierung der Mobilisierungszeiten (die im Text erwähnte Fr. X ist dafür ein Beispiel). Nach unserem Eindruck war die „Entwicklung“ von Bettlägerigkeit über einen längeren Zeitraum der häufigere Grund. Es gab aber auch Bewohner, deren Bettlägerigkeit „plötzlich“ entstand. Diese Gruppe ließ sich durch das Fehlen eines Bewegungsplanes im Vorfeld identifizieren (Beispiel Fr. Z.). Da sich bei der Auswertung ein hoher Zusammenhang zwischen Bettlägerigkeit und PEG ergab, wurde die Anzahl aller Bewohner mit PEG ermittelt.

Bewohner mit PEG im Heywinkel-Haus

Halbjahr	1.Halb. 2006	2.Halb. 2006	1.Halb. 2007	2.Halb. 2007	1.Halb. 2008	2.Halb. 2008	1.Halb. 2009	2.Halb. 2009	1.Halb. 2010	2.Halb. 2010
Anzahl	12	11	10	9	8	8	9	7	6	5

Als Nebenergebnis kann gesagt werden, der externe Faktor PEG, der eng mit dauerhafter Bettlägerigkeit assoziiert ist, nimmt ab. Aktuell (15.10.2010) haben wir nur noch drei Bewohner mit PEG im Hause. Bei der Auswertung der Pläne gab es keine Zwischenergebnisse. Erst am Schluss haben wir die Tabelle der folgenden Seite erstellt und waren überrascht über die Eindeutigkeit des Ergebnisses.

Für uns waren die Bewohner, über die hier berichtet wurde, keine Nummern. Die Auswertung war eine Erinnerung an Menschen, die uns ans Herz gewachsen waren. Jede Nummer steht für ein Einzelschicksal, wie Nummer 29, die Bewohnerin, die am Morgen der Weihnachtsfeier erzählte, ihre Untersuchungsergebnisse beim Arzt wären sehr gut ausgefallen und die am Nachmittag bei der Weihnachtsfeier einen so schweren Schlaganfall erlitt, dass keine Reha-Maßnahmen mehr möglich waren. Bei Hr. X wird uns das Leuchten in seinen Augen in Erinnerung bleiben, wenn er „seine“ Schwester Maria sah. Dies ist jedoch nicht der Platz, um von Menschen zu erzählen, die in ihrem letzten Lebensabschnitt bettlägerig waren.



¹³ Die offizielle Bezeichnung lautet „Bewegungsplan“, da es auch möglich ist Zeiten der Mobilisierung oder Bewegungsveränderungen im Rollstuhl zu dokumentieren. Was nicht möglich ist, ist die Dokumentation all jener Aspekte, die unter kinästhetischen Gesichtspunkten zur Bewegungsförderung zu beachten sind. Aus diesem Grund wurde in diesem Bericht bewusst der Begriff Lagerungsplan gewählt. Unsere Erfahrung ist, dass „Kinaesthetik“ schwer zu dokumentieren ist. Ein genauer kinästhetischer Maßnahmenplan für einen Transfer oder für eine Körperpflege, die bewegungsfördernde Aspekte beachtet, ist schnell eine Seite lang. Wir sind uns sicher, dass wir im Bereich der Kontrakturenprophylaxe Fortschritte erzielt haben. Wegen der Dokumentationsprobleme sind wir uns jedoch keinesfalls sicher, ob sich dies auch in der Note zur Kontrakturenprophylaxe bei einer Prüfung nach der Transparenzvereinbarung niederschlägt. Wir glauben, dass es kein Zufall ist, dass dies der Bereich mit der häufigsten mangelhaften Benotung ist.

Bewohner, die mehr als ein halbes Jahr bettlägerig waren

Bewohner	Alter	Aufenthalt	1-2006	2-2006	1-2007	2-2007	1-2008	2-2008	1-2009	2-2009	1-2010	aktuell
1	98	3,5	18.3.	3.12.								
2	84	4,1		25.7.				13.4.				
3	91	2,2						10.9.		24.11.		
4	97	13,0				31.5.						
5	101	6,0	10.4.					2.12.				
6	96	3,6	9.3.	30.9.								
7	89	5,7	18.5.									20.7.
8	97	2,1	7.3.			29.12.						
9	90	7,5						9.7.				
10	91	1,4									16.2.	
11	80	0,5									3.3.	
12	94	3,7	11.6.			27.7.						
13	90	1,6							19.1.			
14	87	13,4	7.4.		14.1.							
15	97	4,4		31.10.							29.1.	
16	100	5,7		12.10.		28.9.						
17	87	1,2							3.5.		31.5.	
18	99	10,6	9.3.					23.12.				
19	98	4,5	10.3.	15.1.								
20	74	5,8			18.6.			18.11.				
21	91	4,0			2.6.		12.1.					
22	100	8,5	11.3.				9.1.					
23	96	4,0	13.5.		29.5.							
24	91	5,2						27.2.				
25	99	16,1								30.7.		
26	88	6,1	29.4.		6.2.							
27	84	1,3			20.5.		20.5.					
28	96	4,9	13.4.	8.11.								
29	87	6,0	13.4.						9.6.			
30	81	5,0	17.5.					14.2.				
31	99	12,0	8.3.						11.6.			
32	88	2,8	13.4.					26.9.				
91,9			17	20	19	17	14	14	10	9	10	8
mit PEG:			7	7	7	6	6	5	5	4	5	4

- Die Zahl im ersten Halbjahr 2006 ist höher, da Bewohner, die in diesem Halbjahr verstorben und längere Zeit bettlägerig waren, nicht erfasst sind. Realistisch ist vermutlich wie im Text aufgeführt eine Anzahl von 20.
- Der graue bzw. rote Balken bezeichnet die Dauer der Bettlägerigkeit.
- Das erste Datum bezeichnet das erste Erstellen eines Lagerungsplanes über 24-Stunden, der dann kontinuierlich weiter bestand. Im ersten Halbjahr 2006 kann dieses Datum auch für die Umstellung von manueller auf EDV-gestützter Dokumentation stehen.
- Das zweite Datum bezeichnet den Todestag.
- Bewohner, die mit roten Balken gekennzeichnet sind, hatten eine PEG.
- Mit „aktuell“ wird das Ende der Auswertung 30.9.2010 bezeichnet
- Mit Alter ist das Alter im Todesjahr oder im Jahre 2010 bezeichnet.
- Mit Aufenthalt ist die Dauer des Heimaufenthaltes (in Jahren) gemeint, am Ende der Spalte wird der Mittelwert angegeben.

Einverständniserklärung

Hiermit geben wir unser Einverständnis, dass unser Wettbewerbsbeitrag im Falle einer Prämierung vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration veröffentlicht werden darf.

Osnabrück, den 25.10.2010

.....

(Monika Stukenborg)