

BEWEGUNG MUSS WIEDER EINEN SINN ERGEBEN...

WENN DER HEIMALLTAG DIE NOTWENDIGKEIT ZUR BEWEGUNG NIMMT

Dr. Angelika Zegelin

Die ersten Erkenntnisse zur Entwicklung von Bettlägerigkeit konnte ich 2004 in meiner Doktorarbeit vorlegen, ja: Die Immobilisierung ist ein Prozess in mehreren Schritten. Besonders wichtig ist dabei das Stadium der „Ortsfixierung“, die Menschen können nicht mehr allein Aufstehen, sie sind zu schwach zum Gehen. Sie warten auf Hilfe, wollen aber keine Arbeit machen. Durch konsequentes Vorgehen kann dies wieder rückgeführt werden, stattdessen fristen die Bewohner ein Leben im Rollstuhl - dies betrifft über die Hälfte der Altenheimbewohner. Zahlreiche Einflussfaktoren beschleunigen diesen Niedergang. Inzwischen ist dieses Wissen in der Praxis angekommen, in allen Pflegelehrbüchern wird darüber berichtet.



Dr. Angelika Zegelin
Krankenschwester,
Pflegerwissenschaftlerin
Vorm. Universität
Witten/Herdecke

Kontakt:

<http://www.angelika-zegelin.de/>

Motivation zur Bewegung in „kleinen Schritten“

Durch mehrere Projekte ab 2007 konnte dieses Wissen bestätigt und erweitert werden, weitere Einflussfaktoren, besonders in Altenheimen, wurden gefunden. Aber es konnten auch hilfreiche Interventionen entwickelt werden, etwa das „Drei-Schritte-Programm“ um ortsfixierte Menschen wieder „auf die Beine zu bringen“. Es beinhaltet die Absicht, bei jedem notwendigen Transfer zum WC, zum Bett, zum Tisch usw. die Menschen hinzustellen und die letzten drei Schritte zum Ziel mit Hilfe gehen zu lassen (anstatt sie rüberzuschieben). Daneben wurden ein Transfer-Protokoll vorgeschlagen, die Pflegeplanung zur Mobilität qualifiziert, eine Angehörigen-Information entwickelt, ein Konzept für alle Beteiligten auf den Weg gebracht u. a. m.. In zahlreichen Publikationen sind die Maßnahmen vorgestellt.

Wenn ich nun die letzten zehn Jahre resümiere, erscheinen mir zwei Faktoren besonders wichtig. Diese möchte ich hier darstellen.

1. Umfeld muss Bewegungsfreude vermitteln

Wir Menschen bewegen uns nur aus Gründen, diese Gründe müssen geschaffen werden. Durch den Versorgungsgedanken in der Altenpflege fallen die Alltagsbewegungen weg, der Gang zum Kühlschrank, zum Fenster usw.. Die Aufgabe des Haushaltes führt zu einem raschen Abbau an geistigen und körperlichen Fähigkeiten. Klinikaufenthalte verstärken dies noch.

Hinzukommt, dass die stationäre Altenpflege die Merkmale einer totalen Institution trägt: Alle Lebensäußerungen vieler Menschen unter einem Dach, hier die Pflegebedürftigen – dort die Arbeitenden (die sich oft sehr bemühen), alle in festen Rollenkonzepten. Mit Alltag und Heimat hat der Heimalltag meistens wenig zu tun – alle müssen „versorgt“ werden, das ist Stress mit wenig „Personal“. Die oft beschworene Individualität bleibt auf der Strecke: Ehrlich gesagt, es müssten dreimal so viele Menschen in der Altenpflege arbeiten, um die Einzelnen wahrzunehmen, sich ihnen zuzuwenden und Würde auch durch Zeitspenden zu gewährleisten. Gemeint sind qualifizierte Pflegefachpersonen, die in der Lage sind, den Menschen mit seiner Biografie hinter der Pflegebedürftigkeit zu begreifen, mit einem umfassenden kulturellen Verständnis und kommunikativen Kompetenzen.

Wir alle wissen, dass niemand ins Heim will. Die Bürger ahnen, dass in vielen Einrichtungen nur eine minimale Massen“versorgung“ möglich ist – obwohl in vielen Heimen alles Mögliche aufgeboten wird. Manchen Menschen sind die kurzen menschlichen Kontakte in der ambulanten Pflege fast mehr, weil die eigene Häuslichkeit einen besonderen Wert darstellt. Für sehr einsame Personen kann aber ein Heimeinzug auch wieder förderlich sein. Wie auch immer: Biografische Orientierung, Wertschätzung und vielfältige, freudige Angebote können die Mobilität fördern, erst seelisch und dann auch körperlich. Ein Standardangebot mit Sitztanz, Sturzvorbeugung, Singen und Gedächtnistraining reicht nicht aus.

Anregungen zur Mobilisation finden sich in der Biografie der Menschen. Welchen Beruf hatten sie, welche Liebhabereien, Reiseorte – damit können Bewohner durch die Einrichtung und auch nach draußen gelockt werden. Für alte Menschen ist Bewegung oft mühsam und schmerzhaft, aber für den nachmittäglichen Plausch über den Garten, die ersten VW-Busse, über Schäferhunde, die oberitalienischen Seen oder die erste Elvis-Presley-Hysterie lohnt sich das. Ich habe gute Erfahrungen damit gemacht, kleine und regelmäßige Gesprächsgruppen einzurichten. Im besten Fall verselbständigen sich die Treffen. Auch frühere Vereinsmitgliedschaften bieten immer wieder Kontaktmöglichkeiten, auch durchaus mit Besuchen von extern. In Biografiebögen werden oft seltsame Fakten erhoben, eine Frage nach Vereinsmitgliedschaften hab ich noch nie gesehen – dabei ist der Deutsche im Lebenslauf durchaus in mehreren Vereinen engagiert.

Mir ist klar, dass die Menschen immer später und kränker in unsere Einrichtungen kommen, oft eher in Palliativsituationen und schon

sehr immobil. Aber auch und gerade dann finde ich eine Anknüpfung an das bisherige Leben wichtig, nicht mit dem Ziel, wieder gehen zu können – eher mit der Absicht „das Herz in Bewegung zu bringen“. Anspruchsvoll ist die gemeinsame Suche nach Sinn, Menschen ziehen ihre Lebensbilanz und brauchen dafür Gespräche. Ein bedeutender Grund für den Mobilitätsrückgang ist das Gefühl „nicht mehr gebraucht zu werden“. „Wir sind Müll“ sagte eine alte Dame, oder „wir sind auf dem Abstellgleis“. Wenn es gelingen könnte, wieder etwas Verantwortlichkeit für jemanden oder für etwas herzustellen, mehr Freude zu verbreiten – Alte um Kommentare zu Lebensfragen zu „bewegen“ – dann würden Alteinrichtungen nicht wie Wartesäle wirken. In meinen Seminaren „Leben in die Bude bringen“ sagen die TeilnehmerInnen immer wieder, dass die Bewohner bei Angeboten mitmachen, aber danach wieder in Lethargie versinken, sie werden eher „bespaßt“, aber es entsteht kaum eine intrinsische Motivation.

Ebenfalls gute Erfahrungen habe ich mit „außergewöhnlichen“ Aktionen gemacht: Ein einziges Campingzelt im Garten wurde kurzfristig um sieben Zelte erweitert. In der Sommerzeit wollten alle Bewohner dort übernachten und leben, der Heimleiter rief mich hilfesuchend an, „es wäre alles aus dem Ruder gelaufen“. Die Besichtigung eines neuen Autos, der Kontakt zu einem Schädlingsbekämpfer, die Begleitung von Umbauarbeiten – all dies konnte zeigen, welche Ressourcen vollständig immobil Geglaupte noch haben. Wichtig ist, Routinen zu unterbrechen. Dies fällt den Arbeitenden schwer – man ist froh, ohne Zwischenfälle das Geplante umzusetzen. Alltagsleben besteht aber aus Störungen, aus Reparaturarbeiten, plötzlichen Ärgernissen und kleinen Freuden. Der individuelle Alltag ist unser höchstes Gut – im Heim wird er durch den Heimaltag ersetzt. Die Absicht, wieder Alltagsorientierung einzuführen bleibt oft an der Oberfläche etwa mit täglichem Kartoffelschälen usw.. Die zahlreichen Vorschriften und Auflagen verunmöglichen oft Lebendigkeit und Heimelegitimität (!).

Die hier erwähnten
Assessments finden Sie
auf unserer Homepage, unter:
www.efaks.de

2. Monitoring

Ein regelmäßiges Monitoring der Mobilität, sowohl individuell, als auch über die Gruppen gehört für mich zur Qualitätsarbeit – für Dekubitus, Sturz oder Ernährungsstatus wird dies in vielen Einrichtungen durchgeführt.

Es ist seltsam, dass der Expertenstandard zur Mobilitätsförderung immer noch nicht offiziell verabschiedet wurde. Vermutlich ist klar geworden, dass Mobilitätsförderung zentral, vielfältig und anspruchsvoll ist – jedenfalls nicht mal schnell eben umgesetzt werden kann. Inzwischen sind ja zahlreiche externe Programme zur Steigerung der Bewegung alter Menschen auf den Weg gebracht worden – das ist sinnvoll. Entscheidend sind jedoch die Anregung im täglichen Pflegeablauf, die vielen kleinen Bewegungen zur Selbstversorgung und die Motivation, sich bewegen zu wollen.

Für ein regelmäßiges Assessment der individuellen Bewegungslage liegen mehrere Verfahren vor. Im Rahmen unserer Projekte haben wir dazu einen knappen Erfassungsbogen entwickelt (EBOMO), er ist vielfach vorgestellt worden und wird auch in vielen Einrichtungen, etwa zur Pflegeplanung vierteljährlich, eingesetzt. Bei Veränderungen sollte eine kurze Fallbesprechung mit Nachfragen/Vorschlägen erfolgen. Insgesamt scheint mir auch die bessere Zusammenarbeit mit Physio- und Ergotherapie die Mobilität zu fördern.

Alle paar Monate sollte in den Einrichtungen auch erfasst werden, wie viele bettlägerige und ortsfixierte Menschen da sind – auch hierzu haben wir einen Erfassungsbogen entwickelt, er zählt ebenfalls die Rollstuhlfahrer. Leider ist der Rollstuhl fast zum normalen Bewegungsmittel geworden, eigentlich sollte jede Rollstuhlindikation hinterfragt und immer wieder ein Stehen und Gehen angestrebt werden. Oft handelt es sich um einfache Transportrollstühle, nicht individuell angepasst, nicht gepflegt. Die Alten bewegen auch meistens den Rollstuhl nicht selbst, auch hier warten sie, hin- und hergeschoben zu werden. Zeitmangel und Angst vor Stürzen verfestigen das Sitzen.

Viele Einrichtungen haben sich inzwischen auf den „Weg gemacht“, auch ohne Expertenstandard. Mobilität ist eine Kernkategorie in allen Aussagen über Pflege. Wir haben inzwischen viel mehr Wissen über unsere Inhalte – gleichzeitig erleben wir aber auch den Abbau und den Rückschritt, etwa durch Mangel an qualifizierten Fachpflegenden. Das Thema Mobilität eignet sich hervorragend, der Öffentlichkeit die Zusammenhänge guter Pflege zu verdeutlichen – ich versuche das auf vielen Ebenen.

Angelika Zegelin (2013)

„Festgenagelt sein“ Der Prozess des Bettlägerigwerdens
Hofgreife

ISBN: 9783456852607, € 22,95

Bettlägerigkeit ist ein häufiger Umstand in Pflegezusammenhängen. Umso erstaunlicher ist es, dass über Bettlägerigkeit kaum etwas bekannt ist: Welche Ursachen gibt es, sind verschiedene Ausprägungen unterscheidbar, wie gehen Betroffene damit um? Ja, selbst der Begriff «Bettlägerigkeit» ist unklar – sind auch die Menschen als bettlägerig zu bezeichnen, die kurzfristig und mit Hilfe aufstehen können? Diese Forschungsarbeit gibt Antworten auf diese Fragen. In einer breiten Literaturrecherche wird deutlich, dass bisher vor allem die pathophysiologischen Auswirkungen von «Bettruhe», einem befristeten Zustand des Liegens, gut untersucht sind. In der vorliegenden Studie wurden 32 liegende Menschen zur Entwicklung ihrer Bettlägerigkeit befragt, die Ergebnisse wurden im Forschungsstil der «Grounded Theory» aufbereitet. (...)

(Verlagsinformation)

