

Universitätsspital Zürich
Weiterbildung in Notfallpflege

Am Boden zerstört!?

*Die ‚Bodenpflege‘ beim intoxikierten Patienten auf der Notfallstation
unter Berücksichtigung der Situation am Inselspital in Bern*

Rudolf Jörg (Rudi) **Temel**
Kurs 1/03
Inselspital Bern
September 2004



Inhalt

1. Einleitung

- 1.1. Erklärungen
- 1.2. Situation an meinem Arbeitsort
- 1.3. Motivation
- 1.4. Fragestellung
- 1.5. Ziele
- 1.6. Themenabgrenzung
- 1.7. Vorgehen
- 1.8. An wen richtet sich die Arbeit

2. Hauptteil

- 2.1. Was ist Bodenpflege?
- 2.2. Bei welchen Patienten wird die Bodenpflege durchgeführt? Was ist das Ziel der Bodenpflege?
 - 2.2.1. Bodenpflege im Bereich der Rehabilitation
 - 2.2.2. Bodenpflege beim Umgang mit dem alten Menschen
 - 2.2.3. Bodenpflege und das Syndrom der Verwirrtheit
 - 2.2.4. Folgerung
- 2.3. Warum werden auf der Notfallstation Patienten auf dem Boden gelagert?
 - 2.3.1. Ursprung
 - 2.3.2. Ziel
 - 2.3.3. Problematik
 - 2.3.4. Das Prinzip Nicht-Schaden als ‚Initiator‘ der Bodenpflege
- 2.4. Patientensituation
- 2.5. Analyse der Situation
 - 2.5.1. Welche Gründe sprechen für die Pflege des Patienten auf dem Boden?
 - 2.5.2. Welche Gründe sprechen gegen die Bodenpflege?
- 2.6. Wie kann ich den Umgang mit der Bodenpflege auf dem Notfall als professionelles Handeln vertreten?
 - 2.6.1. Regeln beim Umgang mit der Bodenpflege beim Patienten mit Intoxikationen
 - 2.6.2. Ergebnisse meiner privaten ‚Studie‘
 - 2.6.3. Patientenbeispiel
- 2.7. Wie ist die Meinung meiner Mitarbeiter zum Thema Bodenpflege?
- 2.8. Wie ergeht es intoxizierten Patienten auf anderen Notfallstationen?

3. Schlussteil

- 3.1. Überprüfen der Fragestellung
- 3.2. Überprüfen der Zielsetzung
- 3.3. Konsequenzen für die Praxis
- 3.4. Persönliche Erfahrungen beim Schreiben dieser Arbeit

4. Literaturverzeichnis

5. Mein Dank

6. Anhang

1. Einleitung / Einführung in das Thema

1.1. Erklärungen

Zum Titel:

Redensart	Erläuterung	Ergänzungen
total / völlig am Boden sein; am Boden zerstört sein	sich miserabel / schlecht / elend / erschöpft fühlen; deprimiert sein	umgangssprachlich

(aus: www.redensarten-index.de)

Zwei in der Folge immer wiederkehrende Begriffe möchte ich eingehend kurz präzisieren:

Spreche ich im Rahmen dieser Arbeit vom *intoxikierten Patienten* oder von Patienten mit Intoxikationen, so meine ich damit Menschen, die sich aufgrund einer akuten Überdosierung von Drogen (Alkohol, Medikamente, Rauschmittel – einzeln oder in Kombination) in einen Zustand versetzten, welcher eine Spitalbehandlung zur Folge hat.

Patienten mit Vergiftungen durch andere Stoffe (Haushalts- und Arbeitsstoffe, Nahrungsmittel, pflanzliche und tierische Gifte, Reizgase) sind damit nicht gemeint. Diese sind im Vergleich zu den eingangs erwähnten relativ selten und erfahren auf der Notfallstation auch eine andere Behandlung.

Mit dem Begriff *Bodenpflege* oder *Bodenpflege auf der Notfallstation* verstehe ich in diesem Zusammenhang die Lagerung und die Pflege des intoxikierten Patienten auf dem Boden.

Damit der Text lesefreundlicher ist, verwende ich bei der Bezeichnung von Personen jeweils die männliche Form.

1.2. Situation an meinem Arbeitsplatz

Seit vier Jahren arbeite ich auf der interdisziplinären Notfallstation des Inselspitals in Bern. Medizinischer und chirurgischer Notfall sind räumlich getrennt. Jeder Mitarbeiter ist im monatlichen Turnus in beiden Bereichen tätig.

Der medizinische Notfall besteht aus Stationszimmer mit integrierter Koje, drei weiteren Einzelzimmern - auch als Kojen bezeichnet - und einem Raum mit 5 Behandlungsplätzen. Alle Räumlichkeiten gehen aus von einem zentralen Gang.

An jedem Behandlungsplatz kann der Patient wahlweise entweder auf einer Liege oder in einem Bett untergebracht werden. Die Überwachung mittels Monitor ist bei jedem Behandlungsplatz möglich. Ein zentraler Monitor befindet sich im Stationszimmer. Stehen bei grossem Andrang nicht genug Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung, so wird auch der Gang zur kurzfristigen Unterbringung von Patienten genützt.

Patienten, welche ‚besonderer Beobachtung‘ bedürfen, werden aber auch für längere Zeit im Gang untergebracht. Der bevorzugte Standort ist direkt gegenüber dem Eingang zum Stationszimmer. Dieses ist stark frequentiert und die Türe steht meist offen, sodass der Patient relativ kontinuierlich im Auge behalten werden kann. Auch der intoxikierte Patient erhält seinen Platz auf dem Gang, bevorzugt auf einer schmalen Matratze am Boden gelagert. Dort bleibt er meistens während seiner gesamten Aufenthaltszeit.

Als Besonderheit ist zu erwähnen, dass dieser Gang nicht Bestandteil einer in sich abgeschlossenen Notfallstation, sondern öffentlich zugänglich ist. Er wird frequentiert von Personen des gesamten Inselspitals; Von Personal, Besuchern oder anderen Patienten, als die der Notfallstation.

1.3. Themenfindung / Motivation

Situation:

Auf dem Boden eine schmale Matte. Darauf eine Gestalt, zur Hälfte mit einem Leintuch bedeckt, auf dem Bauch liegend, wirre Strähnen das Gesicht verdeckend. Ein Mann? Eine Frau? Der Paravent, daneben positioniert, ist verrutscht. Darunter schaut ein nacktes Knie hervor, den Boden berührend. Neben dem Kopf eine Waschschüssel mit einer grossen Menge Servietten – ungebraucht.

06:10 Uhr: Der Gang, bis anhin recht ruhig, belebt sich allmählich. Das Reinigungspersonal beginnt mit seiner Arbeit. Schon kurze Zeit später rauscht ein Mann, eine Reinigungsmaschine vor sich stossend, an der Person am Boden vorbei – 1mal, 2mal.

Diese rührt sich nicht. Der Mann hinter der Maschine würdigt sie keines Blickes. Solche Situationen sind für ihn nicht ungewöhnlich. Nur das Knie scheint ihn etwas zu irritieren. Er muss einen Bogen darum herum machen.

Das Team vom Gipszimmer, ebenso das von der Anaesthesie, auf dem Weg zu ihrem Arbeitsplatz, nimmt auch kaum Notiz von der Situation. Oder doch? Irgendetwas scheinen sie darüber zu bemerken. Ein unterdrücktes Lachen ist zu hören.

Kurz vor 07:00 Uhr: Durch den Gang werden jetzt die ersten Patienten in ihren Betten vom nahen Lift kommend Richtung Orthopädie Operationssaal geschoben. Ihr ängstlicher Blick – trotz der auf ihrer Station erhaltenen Prämedikation – scheint sich wegen des am Boden liegenden Menschen noch mit einigen Fragezeichen anzureichern.

Unterdessen hat sich das Knie zurückgezogen – glücklicherweise, ein Bett hätte ansonsten kaum daran vorbeigefunden – die Person liegt jetzt auf dem Rücken, scheint aber weiterhin tief zu schlafen. Und: Trotz dem wieder zurechtgerückten Paravent hat es noch zahlreiche Lücken. Durch diese ist jetzt deutlich zu erkennen, dass es sich um einen Mann handelt.

Beim Antreffen solcher und ähnlicher Situationen spürte und spüre ich stets Unbehagen und Widerstände meinerseits, als auch Betroffenheit seitens Angehöriger und unbeteiligter Dritter (Besucher, andere Patienten...).

Auch nach dem im Laufe der Jahre durchaus eingetretenen ‚Gewöhnungseffekt‘ ist dieses unangenehme Empfinden nicht merklich kleiner, nur etwas in den Hintergrund gedrängt worden. Intuitiv scheine ich mit einer solchen Behandlung nicht einverstanden. Sie lässt sich mit meinen Wertvorstellungen nicht in Einklang bringen. Auch dann nicht, wenn der Patient sich seiner Situation (noch) gar nicht bewusst zu sein scheint.

Dieser für mich unhaltbare, eines Universitätsspitals unwürdige Zustand, der scheinbar bestehende Konflikt – zwischen meinen Werten und denen der Institution, denen meiner Mitarbeiter – ist es, welcher mich dazu bewog, der Bodenpflege auf unserer Notfallstation im Rahmen dieser Arbeit meine Aufmerksamkeit zu schenken; Sinn und Notwendigkeit zu reflektieren sowie nach Lösungen zu suchen, wie ich die Pflege des intoxikierten Patienten auf der Notfallstation als ein professionelles Handeln vertreten kann.

Um mein Ziel zu erreichen, suche ich folgende Fragen zu beantworten:

1.4. Fragestellung

1. Was ist Bodenpflege?
2. Bei welchen Patienten und mit welchem Ziel wird Bodenpflege durchgeführt?
3. Warum werden auf der Notfall-Station Patienten auf dem Boden gelagert?

4. Wie kann ich den Umgang mit der Bodenpflege auf dem Notfall als ein professionelles Handeln vertreten?

Diese Arbeit ist entstanden aus einem persönlichen Problem im Umgang mit einer spezifischen Situation. Für mich äusserst relevant, muss dies für andere nicht unbedingt bedeutend sein. Die Meinung meiner Mitarbeiter und die Handhabung in anderen Spitälern interessiert mich. Darum zwei weitere Fragen:

5. Wie ist die Meinung meiner Mitarbeiter zu diesem Thema?

6. Welche Massnahmen erfahren Patienten mit Intoxikationen auf anderen Notfallstationen?

1.5. Ziele

1. Meine Arbeit hat zum Ziel, die **Bodenpflege** als generelle Massnahme bei Patienten mit Intoxikationen auf der Notfallstation zu **hinterfragen** und im gleichen Rahmen die **Qualität der Pflege sicherzustellen**.

2. Mir und meinen Mitarbeitern soll ein begründeter Entscheid, gegebenenfalls auf eine Bodenpflege zu verzichten, ermöglicht oder erleichtert werden. Dies will ich erreichen durch Darstellung möglicher Kriterien und dem Aufzeigen von Alternativen zur Bodenpflege.

3. Die im Rahmen meiner Arbeit durchgeführte Mitarbeiterbefragung soll ermöglichen, gemeinsame **Probleme** beim Umgang mit der Bodenpflege auf der Notfallstation im Inselehospital – so direkt noch nicht angesprochen – zu **erkennen**, zu benennen sowie eine **Suche nach geeigneten Lösungen einzuleiten**.

1.6. Themenabgrenzung

Beim Betrachten der Bodenpflege tauchen drei wesentliche Problemkreise auf.

- der ethische Aspekt
- der pflegerische Aspekt
- der hygienische Aspekt

Bevorzugt Platz einräumen werde ich in meiner Arbeit dem ethischen Gesichtspunkt.

Auf die zusätzlichen Erschwernisse bei der Verrichtung der pflegerischen Tätigkeiten – dem pflegerischen Aspekt – gehe ich nur kurz ein.

Völlig unbehandelt lasse ich dabei die Problematik aus hygienischer Sicht, auch wenn diese, bei Durchführung der Bodenpflege in einem öffentlich benützten Gang, durchaus relevant sein kann.

Das Vernachlässigen der beiden letztgenannten Punkte erfolgt nicht weil sie mir unwichtig scheinen, sondern weil sie nicht der eigentliche Auslöser dieser Arbeit waren.

Nicht eingehen werde ich auf Fühlen und Denken der Betroffenen. Es erfolgt also keine Evaluation aus Patientensicht.

Auch ist es nicht in meinem Sinne einen Pflegestandard zu erstellen; Meine Arbeit kann jedoch durchaus als Grund dafür hergenommen werden.

Um eine möglichst lückenlose Beobachtung des Patienten gewährleisten zu können, wird auf dem Notfall des Inseleospitals dessen Unterbringung im Gang für notwendig oder hilfreich erachtet. Dieser Umstand verschärft in einigen Punkten die Situation der Bodenpflege wesentlich, wirft auch zusätzliche Probleme auf.

Das Thema Gangpflege werde ich also in meiner Arbeit berücksichtigen, jedoch nicht genauer darauf eingehen.

1.7. Vorgehen

- ♦ Unter Zuhilfenahme von Literatur zum Thema werde ich den Begriff Bodenpflege definieren.
- ♦ Ich beschreibe in welchen Bereichen die Bodenpflege Anwendung findet und was man damit erreichen möchte.
- ♦ Ich versuche nachzuzeichnen, wie sich die Bodenpflege auf unserer Notfallstation etablierte und warum sie sich – trotz mancher Nachteile – über einen so langen Zeitraum hält. In diesem Zusammenhang mache ich einen ‚kurzen Abstecher‘ in das Gebiet der Pflegeethik und der vier ethischen Prinzipien.
- ♦ Durch die Analyse einer Patientensituation zeige ich Gründe auf, die für oder gegen die Durchführung der Bodenpflege sprechen.
- ♦ Ich zeige Kriterien auf, die vorliegen müssen, um die Bodenpflege als Option in Erwägung zu ziehen, sowie Alternativen zur Bodenpflege.
- ♦ Über einen Zeitraum von 10 Monaten arbeite ich nach den aufgezeigten Kriterien. Die Resultate dieser persönlichen ‚Studie‘ fasse ich zusammen und füge noch eine Patientensituation aus diesem Zeitraum an.
- ♦ Einblick über die Handhabung der Bodenpflege auf der Notfallstation ausserhalb des Inselspitals erhalte ich, indem ich solche besuche und zeitweise auch dort mitarbeite. Um die Meinung meiner Mitarbeiter zum Thema in Erfahrung zu bringen werde ich diese persönlich befragen.
Die Evaluation ergibt mir die Antworten auf die Frage 5 und 6. Die Ergebnisse der Befragung werde ich zusammenfassend präsentieren, nicht einzeln aufführen. Teilweise werden Erkenntnisse daraus auch schon in die Abschnitte zuvor einfließen.
- ♦ Konsequenzen, die sich aus dieser Arbeit ergeben, werde ich im Schlussteil stichwortartig aufführen.
- ♦ In den Anhang stelle ich ein Glossar zur Definition einiger Begriffe, die erfahrungsgemäss nicht immer gleich interpretiert, oft verwechselt oder missverstanden werden.

1.8. An wen richtet sich die Arbeit?

Geschrieben für mich und meine Teammitglieder auf der Notfallstation im Inselspital, würde es mich natürlich freuen, wenn meine Arbeit auch auf anderen Notfallstationen Anlass gibt zu konstruktiven Gesprächen und zum Überdenken einer ‚liebgewonnenen‘ Tradition.

2. Hauptteil

2.1. Was ist Bodenpflege?

Bodenpflege, besser: die Pflege am Boden ist keine genormte Pflegemassnahme. Jede Station, die auf diese Art der Pflege zugreift, hat ihre eigenen Massstäbe. Die Grösse des Matratzenlagers variiert von einer schmalen Matte (200x60 cm), wie sie bei uns auf dem Notfall Anwendung findet, bis zu einem mit Matratzen fast gänzlich ausgelegten Einzelzimmer.

Je nach Verhalten des Patienten, wird auch um das eigentliche Lager herum mit Matratzen, Duvets und Kissen gepolstert, um Verletzungen zu vermeiden.

Es gibt Spitäler, die haben als interne Richtlinie Standards aufgestellt, wie die Bodenpflege im Hause durchzuführen sei. Meist wird diese Massnahme jedoch nach stationsinternen, oft nicht schriftlich festgehaltenen Regeln angewendet.

Als Bodenpflege bezeichnen wir die Pflegemassnahme, bei der wir unruhige Patienten auf einem Matratzenlager auf dem Fussboden pflegen. Diese Pflegemassnahme sehen wir als einen Teilaspekt der Rehabilitationspflege. (C. Kuster, Bodenpflege in der Frührehabilitation, S.2).

Grundsätzlich unterscheidet sich die Bodenpflege in der Ausführung der Pflegevorrichtungen nicht von denjenigen, welche bei einem Patienten im Bett / auf der Liege ausgeführt werden. Allerdings wird bei der Pflege eines Patienten auf der Matratze vieles aufwendiger, da alle Vorrichtungen auf dem Boden, kniend ausgeführt werden. Die Lagerung, Transfer und Mobilisation sind erschwert und können oft nicht rückschonend ausgeführt werden.

Die Pflegenden begeben sich bei der Bodenpflege sozusagen auf das Bett des Patienten. Takt und ein Gefühl für den richtigen Abstand sind dabei vonnöten – von beiden Seiten. (vgl. *SBK-Heft 12/2001*, S. 16)

2.2. Bei welchen Patienten wird die Bodenpflege durchgeführt? Was ist das Ziel der Bodenpflege?

In diesem Abschnitt zeige ich auf, in welchen Bereichen die Bodenpflege praktiziert wird. Ich möchte klären unter welchen Kriterien dies geschieht und was man sich davon erwartet.

Bei meiner Suche nach Literatur war natürlich die ‚Bodenpflege des intoxikierten Patienten‘ im Zentrum. Sehr erstaunt und ein bisschen enttäuscht stellte ich fest, dass keine einzige Quelle ausfindig zu machen war, die sich dieses Themas annimmt. Auch die ‚Bodenpflege auf der Notfallstation‘ scheint literarisch nicht existent.

Durchaus ein Thema ist die Bodenpflege aber auf den Gebieten der Neurochirurgie, der Rehabilitation sowie der Geriatrie. Sie gilt dort als eine unkonventionelle und anerkannte Pflegemethode bei der Betreuung von Patienten verschiedener Grunderkrankungen. Als Gemeinsamkeit weisen diese Patienten die **Verwirrtheit** auf. Daraus können sich Verhaltensweisen ergeben, welche eine Selbstgefährdung des Patienten nach sich ziehen. Durch den ständigen Versuch aus dem Bett aufzustehen, über die Gitter zu steigen, ist die Gefahr eines Sturzes und damit verbunden einer Verletzung gross.

2.2.1. Bodenpflege im Bereich der Rehabilitation

Im Rahmen der **neuropsychologischen Rehabilitation** am Inselspital Bern gilt die Bodenpflege als Pflegeintervention bei Patienten nach schweren Schädel-Hirn-Traumata, welche sich in der Aufwach- oder Reorientierungsphase befinden. Dieses Stadium folgt auf den bei akuter Hirnschädigung meist vorhandenen Bewusstseinsverlust (Koma).

Typisches Symptom dieser Reorientierungsphase sind Orientierungsstörungen (zum Ort, zur Zeit, zur Person und Situation). Daneben finden sich auch oft Verwirrtheits- und Erregungszustände. Charakteristisch sind auch kontinuierliche Bewegungen und Aktivitäten von Armen und Beinen oder des ganzen Körpers. (vgl. C. Kuster, *Bodenpflege in der Frührehabilitation*, S. 2)

In demselben Rahmen wird an der Kinderklinik des Inselspitals die Bodenpflege seit 1991 angewendet. Sie wird begonnen, wenn die Kinder von der Intensivabteilung auf die Bettenstation verlegt werden. Für eine Pflege im Bett müsste man die Betroffenen, um deren Sicherheit gewährleisten zu können, sedieren, fixieren oder Bettgitter montieren. Um diese

Massnahmen, für Menschen in der Reorientierungsphase sehr ungünstig, zu meiden, wurde die *Pflege auf dem Matratzenlager* eingeführt (vgl. *SBK-Heft* 12/2001, S. 14 bis 15).

Das **Ziel** der Bodenpflege **in der Neurorehabilitation** ist, dem Patienten Freiheit zu gewähren und einer Verstärkung der Unruhe, welche durch beschränkende Massnahmen eintritt, entgegenzuwirken. Zugleich wird ihm ermöglicht, seinem grossen Bedürfnis nach Bewegung nachzukommen. Durch die Pflege am Boden ist die Gefahr der Verletzungsmöglichkeiten für den Patienten herabgesetzt.

2.2.2. Bodenpflege beim Umgang mit dem alten Menschen

Auch bei der **Pflege des alten Menschen** findet die Bodenpflege Anwendung. So ist im Artikel *Auch Wunder beginnen auf dem Boden* (*SBK-Heft* 1/2000, S. 26 bis 30) beschrieben, wie einer 92-jährige Bewohnerin eines Pflegeheimes durch die Bodenpflege allmählich wieder die Freiheit zurückgegeben werden konnte. Damit wurde ihr ermöglicht, erneut am Leben teilzunehmen, was ihr vorher durch Fixierung und sedierende Medikamente vollkommen versagt blieb.

Alte Menschen, im Rahmen ihrer Demenz oft unruhig und verwirrt, müssen im Bett oft angebunden oder hinter Gitter gelegt werden. Der Grund dafür ist das deutlich erhöhte Sturzrisiko beim aus dem Bett Steigen. Dabei finde ich wichtig zu betonen, dass das Risiko zu Stürzen und sich dadurch auch zu verletzen bei diesen Menschen grossteils begründet ist durch ihre deutlich verminderte oder eingeschränkte körperliche Leistungs- und Koordinationsfähigkeit, nicht vorwiegend durch die Tatsache der Verwirrtheit und der dadurch verursachten Aktionen.

Unter anderen wird auch in der Klinik für Geriatrie und Rehabilitation der Waid Bodenpflege als *unkonventionelle Pflegemethode zugunsten des Wohlbefindens und der Sicherheit von PatientInnen* bei Bedarf angewendet (vgl. *Waid*sicht Nr. 5/Okttober 2001, S. 6).

Das **Ziel** der Bodenpflege **beim alten Menschen** sehe ich dahingehend, ihn nicht in seiner Bewegungsfreiheit einzuschränken, die damit verbundenen Nachteile (verstärkte Unruhe, aggressives Verhalten, andauernde Müdigkeit durch sedierende Medikamente) zu eliminieren und zugleich das Sturz- und Verletzungsrisiko auf ein Minimum zu reduzieren.

2.2.3. Die Bodenpflege und das Syndrom der Verwirrtheit

Im ‚*Leitfaden bei akuten Verwirrheitszuständen*‘ des Inseospitals (Mai 2001, Abschnitt 6.2., S. 5) aber auch in der gesamten bearbeiteten Literatur ist einzig der Zustand der Verwirrtheit beschrieben, bei welchem die Bodenpflege **als Option** zur Gewährung der Sicherheit erwähnt wird. Die Verwirrtheit – eine qualitative Bewusstseinsstörung – zu der unter anderen das Symptom der Desorientierung gehört, ist bei einer Intoxikation möglich. Sie tritt dann vorwiegend im Zusammenhang mit Trugwahrnehmungen (Wahnvorstellungen, Halluzinationen) nach der Einnahme gewisser Drogen auf. Dabei handelt es sich fast ausnahmslos um junge Patienten. Die Gefahr des Stürzens ist aufgrund ihres ansonsten guten körperlichen Zustandes gemäss meiner Erfahrungen eher gering.

Patienten mit Intoxikationen weisen weitaus häufiger eine quantitative Störung des Bewusstseins auf (Benommenheit, Schläfrigkeit, Bewusstlosigkeit). Eine quantitative Bewusstseinsstörung allein stellt meiner Meinung nach definitiv keine Indikation für die Massnahme der Bodenpflege dar.

Auch die Unruhe als Symptom muss nicht zwangsläufig aus einer Verwirrtheit gründen und geht so nicht stets mit einem Verhalten einher, durch das sich der Patient in Gefahr bringen könnte. (beim Zitat in Kapitel 2.2. müsste *der unruhige Patient* eigentlich etwas genauer definiert werden)

2.2.4. Folgerung

Zu sehen ist die Bodenpflege also stets als eine von mehreren Möglichkeiten, die Sicherheit des Patienten zu gewährleisten. Sie stellt eine Alternative dar zu anderen Sicherheitsmassnahmen (Sitzwache, Bettgitter, Fixierung) und wird durchgeführt, wenn diese Massnahmen bereits ausgeschöpft wurden, nicht mehr sinnvoll oder kontraproduktiv erscheinen. Dem Entscheid zur Bodenpflege geht dabei sehr oft ein längerer Entscheidungsfindungsprozess unter Einbezug der Angehörigen voraus.

Die Bodenpflege als mögliche Pflegeintervention kann also durchaus Sinn machen und sehr hilfreich sein. Konzipiert wurde sie aber für einen ganz anderen Personenkreis, als den Patienten, den wir auf der Notfallstation damit konfrontieren. Ein generelles, unkritisches Übertragen dieser Pflegemassnahme auf den intoxikierten Patienten der Notfallstation scheint mir nicht sinnvoll.

2.3. Warum werden auf der Notfall-Station Patienten auf dem Boden gelagert?

Wie bereits erwähnt, fand ich über die Bodenpflege auf der Notfallstation keine Anhaltspunkte in der Literatur! Eigene Erfahrungen und Meinungen, als auch diejenigen meiner Mitarbeiter werden deshalb in diesem Abschnitt dominieren.

2.3.1. Ursprung

Wie die Massnahme der Bodenpflege allgemein, hat auch die Bodenpflege auf der Notfallstation nicht seit jeher existiert. Erkenntnisse aus Gesprächen mit langjährigen Mitarbeitern lassen durchaus die Annahme zu, dass die Bodenpflege vor noch etwa 20 Jahren in der heutigen Form nicht praktiziert wurde. Ausschlaggebend dafür scheinen unter anderem auch hygienische Überlegungen gewesen zu sein.

Aufgrund von Vorkommnissen (Sturz eines Patienten aus dem Bett/der Liege), ist man dann allmählich dazu übergegangen, ‚gefährdete‘ Patienten mit der Matte von einer Liege auf den Boden zu betten. Einschlägige Erfahrungen von Pflegestationen, welche bereits im Bereich der Bodenpflege Erfahrung gesammelt hatten sowie ein pragmatischerer Umgang mit den hygienischen Prinzipien haben dieser Entwicklung sicherlich Vorschub geleistet. Im Laufe der folgenden Jahre wurden dann auf unserer Notfallstation zu diesem Zwecke die zwei heute noch verwendeten schmalen Matten angeschafft.

Fand die Bodenpflege auf dem Notfall ursprünglich eher noch ausnahmsweise – beim Bestehen einer Verwirrtheit – Anwendung, ist sie dann beim Patienten mit einer Intoxikation, auch ohne Anzeichen von Verwirrtheit, allmählich zur Regel geworden. Eine Durchmischung von Begriffen fand statt. Intoxikation wurde gleichgesetzt mit der in diesem Zusammenhang manchmal auftretenden Verwirrtheit. Und: Ist der Patient noch nicht verwirrt, kann der Fall durchaus noch eintreten, muss sogar damit gerechnet werden. Oft wird auch Unruhe nicht von der Verwirrtheit differenziert und rechtfertigt somit die Matratze auf dem Boden.

Die Massnahme der Bodenpflege beim intoxikierten Patienten ist auf unserer Station also traditionell und wird als solches auch an die neuen Mitarbeiter weitergegeben. Die Entscheidung zur Bodenpflege trifft die zuständige Pflegefachperson. Sie handelt dabei nach Gefühl, eventuell nach eigenen nicht genauer definierten Kriterien und sehr häufig – leider – aufgrund der Einweisungsdiagnose. Richtlinien oder ein Standard über die Durchführung dieser Pflegemassnahme auf dem Notfall liegen nicht vor.

2.3.2. Ziel

Die Bodenpflege auf dem Notfall wird mit dem erklärten Ziel durchgeführt, den intoxikierten Patienten vor Verletzungen durch einen Sturz – von der Liege oder dem Bett – zu schützen.

Wie ich in den vergangenen vier Jahren erlebt habe, wird sehr häufig auf diese Form der Pflege zurückgegriffen, auch dann, wenn eine unmittelbare akute Gefahr nicht besteht.

2.3.3. Problematik

Die Lagerung am Boden und zusätzlich noch im gut einsehbaren Gang, kommt unserem allgemeinen ‚Sicherheitsbedürfnis‘ sehr entgegen. Dadurch, dass man den Patienten nicht laufend kontrollieren, im Auge behalten muss, ihn sicher zu wissen glaubt, kann dies für das Pflegepersonal mit einer grosse Entlastung verbunden sein. Dieser Vorteil stellt die für uns entstehenden Nachteile (Pflegevorrichtungen müssen am Boden kniend ausgeführt werden, Patient muss für Untersuchungen nachträglich auf Liege umgelagert werden) derart in den Schatten, dass wir einen Grund zur Veränderung nicht unbedingt sehen (wollen).

Der vermeintliche Vorteil für den Patienten ist folglich mit einem bedeutenden Vorteil für uns verbunden. Dieser ist wohl mit ein Grund, wenn nicht gar der Hauptgrund, dass sich die Bodenpflege auf dem Notfall als Standardmethode bei der Betreuung des intoxizierten Patienten etablierte und ‚hartnäckig‘ hält.

Gemäss meinem Pflegeverständnis bin ich jedoch nicht verpflichtet traditionelle Methoden, auch wenn über Jahre erprobt und angewendet, zu übernehmen, sondern mich täglich neu auf die Suche nach einer moralisch verantwortbaren Praxis zu begeben.

2.3.4. Das Prinzip Nicht-Schaden als ‚Initiator‘ der Bodenpflege

Um dieses moralisch verantwortbare Handeln in der Pflege zu ermöglichen, uns den damit verbundenen Entscheidungsprozess zu erleichtern, bedient sich die Pflegeethik der vier ethischen Prinzipien. Diese sind:

1. **Prinzip Autonomie** (der Respekt vor Selbstbestimmung)
2. **Prinzip Gutes tun** (das Bemühen, Wohlbefinden, Sicherheit, Lebensqualität zu fördern)
3. **Prinzip Nicht-Schaden** (das Vermeiden von potentiellern Schaden)
4. **Prinzip Gerechtigkeit** (die Suche nach einer gerechten Verteilung von Nutzen, Lasten und Aufwand)

Unter Zuhilfenahme dieser Prinzipien können wir moralische Konflikte besser umschreiben, einordnen und eventuell auch klären. Sie sind sozusagen ein rationaler Zugang zur ethischen Dimension – da im Alltag emotionale und intuitive Entscheidungen eine wichtige Rolle spielen – und bieten sich an für die Aufarbeitung ethischer Fragen im Pflgeteam.

Keines der vier Prinzipien kann absolute Geltung für sich beanspruchen. Sie müssen sorgfältig gegeneinander abgewogen werden. Die ethische Klärung (Suche nach der individuell vertretbarsten Lösung) kann dabei nur in der Zusammenschau der Prinzipien aussagekräftig sein. (vgl. *Ethik in der Pflegepraxis*, 2003, S.9)

Beim Entscheid zur Bodenpflege beim intoxizierten Patienten wurde also das Prinzip des Nicht-Schadens als das wichtigere Gut allen anderen Prinzipien vorangestellt. Daran änderte sich bis heute kaum etwas. Eine Entscheidung von Fall zu Fall, die erwähnte tägliche Suche nach einer moralisch verantwortbaren Praxis findet somit nicht statt.

Ursachen für dieses Versäumnis könnten sein:

- Bereits gemachte negative Erfahrungen (Patienten stürzen gesehen).
- Die Überzeugung, richtig zu handeln – aufgrund traditioneller Handhabung und Erklärung.
- Das Bestreben, ein bestehendes Restrisiko gänzlich ausschalten zu wollen.
- Bequemlichkeit.

Trefflich dargestellt sind in der SBK-Broschüre ‚*Ethik in der Pflegepraxis*‘ die Risiken, welche bei abweichender Anwendung des Prinzips Nicht-Schaden bestehen:

„Ist man ständig darauf bedacht, nicht zu schaden, kann es vorkommen, dass dieses Prinzip ohne jede Einschränkung angewandt oder schlecht verstanden und zum obersten Ziel der Pflege wird und somit jede Handlung lähmt. Ohne Risiko gibt es keine Entwicklung, ...“

„Das Anliegen des Nicht-Schadens kann zur routinemässigen Anwendung von bestimmten Massnahmen führen.“

„Es kann vorkommen, dass eine Pflegeperson das Anliegen, nicht zu schaden, nicht in den Zusammenhang mit vertieften und aktualisierten Kenntnissen stellen kann. Dadurch kann diese im Namen des Prinzips des Nicht-Schadens zurückschrecken vor Pflegemassnahmen, die schmerzhaft oder risikoreich sind, aber langfristig nützen können (...). Dieselbe Haltung kann dazu führen, persönliche Ressourcen und Fähigkeiten des Patienten falsch einzuschätzen. Wissen Pflegende nicht, wie sie ihm helfen können, werden möglicherweise bestimmte Chancen vorenthalten.“ (Ethik in der Pflegepraxis, 2003, S. 17).

2.4. Patientensituation

Bei der unter Kapitel 1.3. beschriebenen Patientensituation handelt es sich um einen ‚typischen‘ Gang-Patienten.

Ergänzungen: Eintritt 01:25, von der Sanitätspolizei mit der Einweisungsdiagnose „Alk-Intox‘, eventuell auch Drogen im Spiel“ auf den Notfall gebracht.

25-jähriger Mann. Im Bahnhof-Areal am Boden liegend aufgefunden. Die verständigte Sanitätspolizei konnte ihn nur auf Schmerzreize kurz wecken. Beim Eintreffen auf der Notfallstation Patient tief schlafend, kreislaufstabil, ‚Biox‘ ohne Sauerstoffgabe bei 93%. Eher verwahrloster Zustand.

Beim Umlagern auf die schon vorbereitete Matte am Boden erwachte Patient kurz: Blick aus geröteten Augen, einige unverständliche Laute. Kurz darauf wieder tief schlafend.

Zur Überwachung wurde der Patient an den transportablen Monitor angeschlossen. Kurze ärztliche Untersuchung am Boden. Vorläufig keine Blutentnahme oder weitere Untersuchungen vorgesehen. Wenn möglich Drogenscreening im Urin.

Nach 15 Minuten Erbrechen auf Matratze und Boden. Anschliessend schien der Patient für etwa 10 Minuten wacher. Unter Mithilfe von zwei Pflegepersonen konnte er sich vom Boden erheben und auf die Toilette schwanken.

Anschliessend nahm er wieder sein Lager ein. Bis zum Morgen blieb er dann auch dort ohne weitere Zwischenfälle liegen.

Zeugen der Geschehnisse waren – mehr oder weniger freiwillig – eine neu eintretende Patientin und deren Lebenspartner, sowie die Eltern eines Patienten, die auf dem Gang warteten, bis dieser von einer Untersuchung zurückkommt; Zudem, ein gegen 02 Uhr austretender Patient, der von seiner Ehefrau abgeholt wurde.

2.5. Analyse der Situation

Ich habe diese Patientensituation gewählt, da Patienten aufgrund dieser Einweisungsdiagnose und dieses Zustandes beim Eintritt, ihren Platz fast ausschliesslich im Gang und auf dem Boden zugewiesen bekommen. Ich werde die Situation mit den Erkenntnissen aus dem theoretischen Teil sowie unter Zuhilfenahme der SBK-Broschüre ‚*Ethische Grundsätze für die Pflege*‘ analysieren. Wichtig erscheint mir dabei darzustellen, welche Gegebenheiten für beziehungsweise gegen das Vorgehen sprechen.

2.5.1. Welche Gründe sprechen für die Pflege des Patienten auf dem Boden?

Aufgrund meiner Überzeugung und dem Fehlen der Verwirrtheit – gemäss Theorie das einzige Zeichen, welches aufgrund daraus resultierender Folgen die Bodenpflege indizieren könnte – gibt es eigentlich keinen Grund, der für eine Lagerung des Betroffenen auf dem Boden spricht.

Ich formuliere die Frage kurz um:

Aus welchem Grund wird der Patient auf dem Boden gelagert?

Begründet wird die Entscheidung zur Bodenpflege von der zuständigen Pflegefachperson mit dem Handeln nach dem SBK-Grundsatz: Der Pflegenden *schützt in der beruflichen Praxis den Patienten/Klienten vor Schaden durch Fehlverhalten und Fehlentscheide.*

Auch wenn der Patient sich im Moment ruhig verhalte, nicht offensichtlich gefährdet sei, so müsse man doch damit rechnen, dieser Umstand könne während seines Aufenthaltes plötzlich ändern. Dass er plötzlich zu sich komme, nicht wisse, wo er sich befinde, auf die Toilette müsse, über die Barrieren steige ... und sich aufgrund seines reduzierten Zustandes in die Gefahr begibt, zu stürzen und sich zu verletzen.

Die Lagerung auf dem Boden wird somit präventiv durchgeführt. Aus diesem Grund ist sie keinesfalls gerechtfertigt!

Auch geriatrischen Patienten, die aufgrund einer körperlichen Erkrankung, des Aufenthaltes in einer völlig neuen (Krankenhaus-)Umgebung und ihres reduzierten Allgemeinzustandes real gefährdet sind verwirrt zu werden und in der Folge zu stürzen, erspart man diese Prävention mittels Bodenpflege. Es wird hier, wie auch bei ‚Commotio‘ – Patienten oder bekannten Epileptikern ein gewisses Risiko durchaus in Kauf genommen.

2.5.2. Welche Gründe sprechen gegen die Bodenpflege?

Der Patient weist eine quantitative Bewusstseinsstörung auf, ist schwer weckbar. Er verhält sich ruhig und schläft. Eine unmittelbare Selbstgefährdung ist offensichtlich nicht gegeben. Das gängige Argument zur Bodenpflege fällt weg.

Auch wenn bei einem Patienten aufgrund des Zustandes eine unmittelbare Gefahr absehbar wäre, müssen auf unserer Notfallstation meiner Meinung nach andere Massnahmen ergriffen werden.

Die Bodenpflege in der Art und Weise, wie sie in der Patientensituation geschildert ist, kann ich unter keinen Umständen als professionelles Handeln vertreten. Dies unter anderem, weil ich gemäss der SBK-Richtlinien verpflichtet bin:

1. *Die Lebensweise und die Privatsphäre des Patienten zu respektieren.*
2. *Die Persönlichkeit und die Wertvorstellungen des Patienten zu achten.*
Da es in unserer Kultur nicht üblich ist auf dem Boden zu schlafen, kann dies vom Betroffenen und seiner Umwelt durchaus als abwertend interpretiert werden. Die ‚öffentliche Zurschaustellung‘ im Gang lässt keinerlei Möglichkeit für seinen privaten Bereich.
3. *Dem Patienten und seinen Bezugspersonen zu einer Umgebung zu verhelfen in der sie sich wohlfühlen und die ihnen ermöglicht Krankheit und Leiden durchzutragen.*
Auf dem Boden ist es stets zugig und kühl. Im Gang herrscht selten Ruhe. Auch in der Nacht laufen stets Personen am Lager vorbei, werden Betten daran vorbeigeschoben. Das Licht kann nicht abgedunkelt oder gelöscht werden. Der Patient wird die ganze Nacht von der Deckenbeleuchtung angestrahlt.
4. *Mich für eine Pflegequalität einzusetzen, die den vom Berufsstand definierten Qualitätsnormen entspricht.*
Was ich mit dieser Arbeit mache.

5. *Die Verantwortung für meine Entscheide und deren Ausführung zu tragen und mein Handeln zu begründen.*

Dies ist mir bei der Bodenpflege auf der Notfallstation nicht möglich.

6. *Sorgfältig mit meinen physischen und psychischen Kräften umzugehen.*

Das Ausführen der Pflegevorrichtungen auf dem Boden ist mit einer deutlich vermehrten körperlichen Belastung verbunden. Bei bestehender Rückenproblematik ist dieses ohne Schmerzen meist nicht möglich.

7. *Das Ansehen meines Berufsstandes zu wahren.*

8. *Durch mein Verhalten und meine berufliche Kompetenz dazu beizutragen, ein Klima des Vertrauens zwischen der Bevölkerung und den in den Gesundheitsberufen Tätigen zu schaffen und zu erhalten.*

Die oft zahlreichen Aussenstehenden als Zeugen der Bodenpflege auf dem Gang haben den nötigen Hintergrund nicht, diesen Zustand verstehen und begründen zu können. Sie haben ein völlig falsches Bild und tragen dieses auch nach ‚ausser‘ in die Öffentlichkeit.

2.6. Wie kann ich den Umgang mit der Bodenpflege auf dem Notfall als professionelles Handeln vertreten?

Nachdem ich nun vieles über die Bodenpflege gelesen, gesehen und gehört habe, mit zahlreichen zum Teil gegensätzlichen Meinungen konfrontiert worden bin, stellt sich nun die Frage nach dem optimalen Umsetzen dieser Fülle an Informationen in die Praxis.

Nachfolgend werde ich Regeln aufstellen, wie ich mir ein professionelles Handeln im Umgang mit der Bodenpflege vorstelle.

Um diese Regeln auf ihre Praxistauglichkeit zu prüfen arbeite ich damit. Während zehn Monaten werde ich in Form einer ‚privaten Studie‘ die gemachten Erfahrungen erfassen und anschliessend präsentieren.

2.6.1. Regeln im Umgang mit der Bodenpflege beim Patienten mit Intoxikationen

Regel 1: Die Bodenpflege wird nie bei Eintritt durchgeführt

(dies unabhängig von Einweisungsdiagnose und Zustand des Patienten)

Begründung: • Aufgrund der Literatur bin ich zur Überzeugung gelangt, die Bodenpflege ist primär nicht für den intoxizierten Patienten und nicht für die Notfallstation konzipiert und kann folglich auch nicht ohne weiteres übertragen werden.

• Die uns auf dem Notfall zur Verfügung stehenden Mittel reichen grundsätzlich aus, die Sicherheit des Patienten auch ohne Bodenpflege zu gewährleisten.

Alternativen: • **Ruhige Patienten**, wach oder mit einer qualitativen Bewusstseinsstörung (GCS < 15) kommen auf eine Stryker® - Liege (der neuen Generation), eingestellt auf dem niedrigsten Niveau und mit beidseitig hochgezogenen Barrieren. Ein ‚Drüberfallen‘ aufgrund einer abrupten, unbedachten Drehung, scheint mir nicht möglich. Hat der Patient später einmal die Absicht, von der Liege zu steigen, kann er dies bewerkstelligen, ohne ein allzu grosses Risiko einzugehen. Die Barrieren stellen einen ausreichenden Schutz dar, sind jedoch kein Hindernis!

Bei Unsicherheiten besteht immer noch die Möglichkeit, eine Matte vor die Liege auf dem Boden zu platzieren.

Mangels Alternative scheint mir das anfängliche Unterbringen im Gang hilfreich, wenn auch nicht ideal oder absolut notwendig. Die vor etwa 2 Monaten montierten Vorhänge sind verglichen mit den bis dahin verwendeten Paravents besser in der Lage, den Patienten ‚abzuschirmen‘, als Sichtschutz zu dienen.

Das Unterbringen in einer Koje ist wünschenswert. Die Türe bleibt geöffnet. Der Patient ist monitorisiert. Auf Zeichen des Monitors (‚Biox‘ entfernt, Elektrode ab) wird sensibel und schnell reagiert.

• **Motorisch unruhige Patienten**, Patienten mit einer qualitativen Orientierungsstörung oder aggressive Patienten kommen ebenso auf eine Stryker® - Liege. Eine Person bleibt anfänglich an ihrer Seite (Sitzwache). Dies kann unser ‚EKG-Student‘, der Unterassistent, unser ‚Springer-Dienst‘ oder ein Securitas-Bediensteter sein. Diese Möglichkeiten stehen uns sowohl am Tag, als auch in der Nacht zur Verfügung. Unter bestimmten Umständen können auch Begleitpersonen/Angehörige diese Aufgabe übernehmen. Erfahrungsgemäss bessert sich eine anfänglich ‚unruhige Phase‘ häufig schon bald nach Abzug des Rettungspersonals und der manchmal beigezogenen Polizisten.

Ein länger andauerndes unkooperatives Verhalten mit stetigem Aufstehen und einer ‚Flucht‘gefahr, indiziert mit grosser Wahrscheinlichkeit eine sedative Behandlung. Daran wird auch die Bodenpflege nichts ändern.

Das Aufstehen vom Stryker® erscheint mir zudem ungefährlicher, als das ständige Sich-Aufstemmen vom Boden.

Regel 2: Evaluation (Beurteilung) des Patienten nach etwa 30 Minuten:

Ist der Patient weiterhin desorientiert und motorisch unruhig und/oder ist es nicht möglich, weiterhin eine Person für ihn bereit zu stellen, so kann die Entscheidung zur Bodenpflege getroffen werden.

Regel 3: Wird für Bodenpflege entschieden, findet diese niemals im Gang statt.

Koje oder Zimmer mit geöffneter Türe (eventuell ein Paravent als partieller Sichtschutz vor dem Bett), Patient am ‚Monitor‘,

2.6.2. Ergebnisse meiner privaten „Studie“

In Zahlen ausgedrückt: Während zehn Monaten erfasste ich 21 „Intox“ – Patienten, die ich nach den drei genannten Regeln behandelte:

13 Patienten hatten bei Eintritt ein GCS < 15, meistens tiefschlafend und ruhig.

8 Patienten waren wach, davon 3 Patienten nicht kooperativ oder aggressiv.

3 Patienten euphorisch, ‚in anderen Sphären‘ aber gut zu führen.

2 Patienten ruhig, ängstlich, zurückgezogen.

6 Patienten kamen nach Umlagern auf eine Liege direkt in eine Koje/Zimmer.

15 Patienten blieben länger im Gang, davon 8 bis zum Dienstwechsel.

Für 1 Patienten forderte ich bei Eintritt einen Securitas – Bediensteten an, 2 Patienten wurden von ‚EKG-Studenten‘ betreut/beobachtet.

2 Patienten beruhigten sich im Laufe von etwa 30 Minuten von selbst und schiefen ein, 1 Patient benötigte den Securitas – Bediensteten länger (Einweisung in Psychiatrie später notwendig).

Bei der anschliessenden Evaluation musste ich bei keinem Patienten für die Bodenpflege entscheiden.

Sturz gab es keinen, auch keine Verletzungen.

3 Patienten hatte im Verlaufe der ersten 3 Stunden die Liege von selbst (über Barriere oder Kopf- bzw. Fussende) verlassen. (1 unbemerkt, zwei bemerkt aufgrund von Monitoranzeige).

Allgemeine Bemerkung zum Eintritt: Nicht selten kommt es vor, dass die Rettungszentrale einen Eintritt als „Patient für den Boden/die Matte“ ankündigt. Eine Pflege-Massnahme ist zur Einweisungsdiagnose mutiert – und jeder meint, sich darunter vorstellen zu können, was für einen Patienten er zu erwarten habe.

Wie sehr man sich darin aber täuschen kann, möchte ich nachfolgend kurz mit einem Patientenbeispiel schildern, das sich während des Beobachtungszeitraumes ereignete:

2.6.3. Patientenbeispiel

Anmeldung: „Wir bringen euch einen Mann für die Matte. Ist betrunken, vielleicht auch Drogen konsumiert. Kriecht in der Stadt herum“.

Herr B.A., 23. 10. 1969, wurde von Securitrans auf allen Vieren kriechend bei der Genfergasse gefunden. Er habe ihnen gegenüber Suiziddrohungen geäußert und einen von ihnen auch gepackt. Die avisierte Polizei bringt ihn auf den Notfall.

Bei Eintritt 04:15h sehr angespannt, mit unruhigem Blick. Verhält sich ansonsten ruhig. Verlangsamt, sehr wortkarg, keine Spontanaussagen, auf Fragen nur knappe oder keine Antworten. Zeitweise starker Tremor am ganzen Körper. Kommt Aufforderungen nur zögernd nach. Scheint verwahrlost, obwohl recht ordentliche Kleidung. Trägt keine Schuhe, Füße ganz schwarz und zum Teil mit Blasenbildung.

Blutentnahme und Drogenscreening wurden verordnet.

Da Patient (zögernd) kooperativ und ruhig, stellte ich ihn nach 10 Minuten vom Gang in ein Zimmer mit halb geöffneter Türe und ‚Monitoring‘. Aufgrund der in der Anamnese geäußerten Suizidalität wurde ein Psychiatrisches Konsilium vorgesehen, was auch 30 Minuten später stattfand.

Befunde: Labor, ausser erhöhte CK- und Leberwerte, normal. Kein Alkohol! Drogenscreening im Urin zeigte Opiate +, Kokain +;

Psychiatrisches Konsilium: akute Suizidalität bei depressivem Zustandsbild. Patient hat kürzlich Arbeitsstelle verloren. Erfolglose Arbeitssuche seitdem, „niemand wolle so jemanden wie ihn anstellen“. Über seine Familie will er nicht reden. Lebt aktuell offenbar seit 3 Tagen auf der Strasse und konsumiert seit dieser Zeit wieder Drogen. Status nach Politoxikomanie bis vor 7 Jahren. Wie lange Patient schon in depressivem Zustand ist, bleibt unklar. Keine Hinweise auf psychotisches Erleben.

Unter ‚normalen‘ Umständen wäre bei Herrn B. die Bodenpflege angewendet, aufgrund der Einweisungsdiagnose bereits eine Matte vorbereitet worden. Beim Eintritt hätte sich auch kein deutlicher Hinweis ergeben, diese nicht zu benutzen.

Ob Herr B. auf das Bodenlager hin aggressiv reagiert hätte, weniger kooperativ gewesen, in seiner Minderwertigkeit bestärkt worden wäre, lässt sich nicht konkret sagen, nur vermuten. Das psychiatrische Konsilium hätte wahrscheinlich statt im Zimmer, wie schon oft, im Gang auf dem Boden stattgefunden. Die vorbeigehenden Personen hätten auf ihn hinabgeschaut. Mit Sicherheit kann gesagt werden, dass das Vermeiden der Bodenpflege dazu beigetragen hat, den Spitalaufenthalt von Herrn B. für alle Beteiligten angenehmer und konstruktiver zu gestalten.

Professionelles Handeln im Umgang mit der Bodenpflege heisst für mich, kurz zusammengefasst: **Bodenpflege auf dem Notfall nicht bei Eintritt des Patienten, später nur nach Beurteilung und dann nicht auf dem Gang.**

2.7. Wie ist die Meinung meiner Mitarbeiter zum Thema Bodenpflege?

Das Ergebnis meiner Umfrage bei 52 diplomierten Mitarbeitern der Notfallstation, kann als durchaus repräsentativ angesehen werden.

Ich stellte jeder Person zwei Fragen:

1. Findest du die Bodenpflege beim Patienten mit Intoxikationen notwendig/sinnvoll?
2. Was empfindest du gegenüber einem Patienten auf dem Boden?

Im Anschluss daran ergaben sich meist kurze interessante Gespräche, aus denen ich sehr viel erfahren und lernen konnte.

Frage 1: *Findest du die Bodenpflege beim intoxikierten Patienten notwendig?*

20 Personen fanden die Bodenpflege generell oder mehrheitlich notwendig bzw. sinnvoll.

15 Personen sagten, die Bodenpflege sei nicht notwendig/sinnvoll.

17 Personen konnten sich nicht klar entscheiden, lagen irgendwo dazwischen.

Spontane Meinungen:

- Nicht selten ist als Argument zu hören, dass man durch die Anwendung der Bodenpflege ruhiger sein könne – ‚man ist wohler so‘ – und den Patienten nicht stets unter Beobachtung haben müsse.
- Es gibt Kollegen die sehen unter dieser Massnahme durchaus auch einen erzieherischen Aspekt, man komme manchmal in Versuchung, die moralische Instanz zu sein.
- Der Patient am Boden werde schnell ‚schubladiert‘. Untersuchung und Betreuung seien meist oberflächlich. Er werde häufig vernachlässigt. Ernsthafte Beschwerden werden, wenn überhaupt, meist spät realisiert.
- Unsere Bequemlichkeit könne durchaus dafür verantwortlich sein, dass der Patient im Gang untergebracht wird. Man laufe stets daran vorbei, habe ihn ‚immer‘ im Blick, muss nicht konsequent auf Monitor achten, in Kojen nachschauen.
- Von einzelnen Personen wird die Bodenpflege ‚nach Möglichkeit‘ gemieden; Dies wegen der erschwerenden pflegerischen Umstände, die sich daraus ergeben.

Allgemein: Überraschend schnell und oft wird die Situation auf dem Gang angesprochen. Die Bodenpflege im Gang wird mehrheitlich abgelehnt – auch von den grundsätzlichen ‚Befürwortern‘ der Bodenpflege – und der Wunsch nach einer anderen Lösung besteht.

Eine Evaluation des Patientenzustandes, bevor man die Bodenpflege anwendet, wird von einer Mehrheit aller Befragten als sinnvoll eingestuft. Auch ist sich ein Grossteil durchaus bewusst, dass man eigentlich mehr Patienten auf einer Liege unterbringen könnte.

Es gibt Mitarbeiter, welche die Bodenpflege eher ablehnen, diese aber durchführen, weil ‚alle es machen‘, ‚man es auf dem Notfall so macht‘.

Erwähnenswert ist die Tatsache, dass viele Mitarbeiter zu Beginn ihrer Anstellung, bei der ersten Kontaktnahme mit der Bodenpflege, betroffen, sogar entsetzt waren, sich aber im Laufe der Zeit durchaus an die Situation ‚gewöhnt‘ haben.

Frage 2: *Was empfindest du gegenüber dem Patienten auf dem Boden?*

18 Personen meinen, diesen Personen nicht anders zu begegnen, auch nichts besonderes zu empfinden.

34 Personen haben den Eindruck, die Bodenpflege werte den Patienten generell ab, erniedrige diesen, sei menschenunwürdig. Ein wesentlicher Faktor für dieses Empfinden ist der Umstand, dass sich der Patient auf dem Gang befindet; Es fallen Ausdrücke wie ‚Anschauungsobjekt‘, ‚Zoocharakter‘, ‚wie Tiere‘.

Kommentar: Obwohl ein ziemlich grosser Prozentsatz (38,5 %) meiner Mitarbeiter die Bodenpflege primär als sinnvoll einstufen, sind sich der überwiegende Teil dieser einig, dass die Bedingungen unter denen diese stattfindet (Gang) sehr fragwürdig sind. Da für sie eine Alternative nicht vorhanden scheint, haben sie sich jedoch diesem Umstand ergeben.

2.8. Wie ergeht es intoxikierten Patienten auf anderen Notfallstationen?

Nach Umfragen bei meinen Kolleginnen und Kollegen der Notfallweiterbildung lässt sich generell sagen, dass die Bodenpflege beim definierten Patienten kein ‚Insel-internes

Phänomen‘ darstellt. Situationen, wie sie bei uns im Gang stattfinden, gehören aber schon zu den Raritäten, sind mir ansonsten nicht begegnet.

Um einen konkreten Einblick zu erhalten, mich genauer informieren zu können, arbeitete ich für jeweils eine Nacht auf dem Notfall des Waidspitals und des Universitätsspitals in Zürich mit; Zudem besuchte ich während einem Nachmittag den Notfall des Kantonsspitals Schaffhausen.

Eine verbindliche Regelung oder einen Standard für die Massnahme der Bodenpflege gibt es an allen 3 Spitälern nicht.

Notfallstation im Kantonsspital Schaffhausen: (etwa 12.000 Patienten/Jahr). Die Bodenpflege ist eine Ausnahme. Sie wird aber durchgeführt bei Patienten mit starker motorischer Unruhe, die stets aufstehen wollen und nicht kooperativ sind.

Bei der Bodenpflege wird der Patient in diejenige Koje gelegt, welche am besten beobachtet werden kann. Verwendet wird eine Matte vom Stryker®.

Notfallstation im Spital Waid, Zürich: (etwa 12.000 Patienten/Jahr). Bodenpflege wird häufig praktiziert. Es stehen dafür zwei spezielle Matratzen (etwa 140 cm breit) zur Verfügung.

Je nach Anmeldung von der Sanität, kommt es auch vor, dass Matratze schon vor dem Eintreffen des Patienten gerichtet wird.

Der Patient wird dabei in die dem Stationszimmer nächste Koje gelegt. Türe wird offen gelassen. Obwohl stationsinterner Gang, wird die Bodenpflege nie dort durchgeführt.

Notfallstation im USZ: (etwa 33.000 Patienten/Jahr). Bodenpflege wurde bis vor 2 Jahren noch recht häufig angewendet, jedoch nur bei ‚unruhigen‘, ‚verwirrten‘ Patienten.

Seitdem komme Bodenpflege praktisch nicht mehr vor, wird bewusst vermieden. (Erschwerte Arbeitsbedingungen; Bei ‚Rea-Situationen‘ kann Patient nicht in Schockraum gebracht werden). Die neuen Stryker®-Liegen haben wesentlich zu diesem Umstand beigetragen. Ausserdem sei ein spezielles ‚Sedations-Schema‘, angewendet bei unruhigen, erregten Patienten, hilfreich.

Es komme nicht vor, dass jemand sofort bei Eintritt auf den Boden gelagert wird. Scheint Bodenpflege doch einmal notwendig, finde diese stets in einer Koje statt. Benützt wird dann eine Matratze, die von einem Bett genommen wird.

Keine Regel ohne Ausnahme: Die jährlich stattfindende ‚Street Parade‘ zwingt auch am USZ Patienten auf den Boden. Der Grund für das angelegte Matratzenlager ist dann aber im damit verbundenen Platzmangel zu suchen.

3. Schlussteil

3.1. Überprüfen der Fragestellung

Da ich in Erfahrung gebracht habe, in welchen Fällen die Bodenpflege Anwendung findet, wo der Ursprung dieser Pflegemethode zu suchen ist, weiss ich jetzt: Sie kann auf unserer Notfallstation in manchen Situationen durchaus ein Hilfsmittel sein, stellt aber keine Notwendigkeit dar.

Durch das Studium der Literatur habe ich Argumente in die Hand bekommen, mit denen ich meine Einstellung und Haltung, mein Handeln begründen kann. Ich habe einen Umgang mit der Bodenpflege gefunden, den ich als professionell bezeichnen kann.

3.2. Überprüfen der Zielsetzung

Durch meine Arbeit, die damit verbundene Befragung meiner Mitarbeiter ist die Bodenpflege thematisiert worden. Ich denke, vieles bisher nur in Gedanken formulierte, konnte ausgesprochen werden.

Der Wunsch nach einer Veränderung scheint bei meinen Mitarbeitern grossteils vorhanden zu sein. Ich bin zuversichtlich, dass sie sich konstruktiv an der Suche nach einer akzeptablen Lösung beteiligen werden.

Durch das Aufzeigen von Alternativen zur Bodenpflege und den Beweis der Praxistauglichkeit durch meine Studie, ist es mir möglich geworden den Patienten mit Intoxikationen überwiegend ohne das Durchführen der Bodenpflege sicher zu betreuen und dadurch eine hohe Qualität der Pflege zu gewährleisten.

3.3. Konsequenzen für die Praxis

- **Die Bodenpflege beim intoxikierten Patienten auf dem Notfall stellt eine Ausnahme dar, ist nicht mehr die Regel.**
- **Der Entscheid zur Bodenpflege wird nur bei Vorliegen ganz bestimmter Kriterien und nach dem Ausschöpfen von alternativen Massnahmen getroffen.**
- **Die Einweisungsdiagnose alleine ist nicht mehr länger ein Grund zur Bodenpflege, beeinflusst auch die Entscheidung dahingehend nicht.**
- **Ein begründetes Vermeiden der Bodenpflege wird nicht mehr vorrangig mit einer Zunahme der Gefahr für den Patienten assoziiert, sondern vielmehr mit einer Zunahme der Pflegequalität.**

Ich werde meine Arbeit dem gesamten Team vorstellen. Daran soll sich eine Teamdiskussion anschliessen und konkrete Massnahmen zur Sicherstellung der Qualität unserer Pflege im Umgang mit dem intoxikierten Patienten müssen ins Auge gefasst werden.

3.4. Persönliche Erfahrungen beim Schreiben dieser Arbeit

Bei dieser Arbeit ist es mir nicht anders ergangen, als im Leben selbst.

Jede Meinung, jede Handlung, sei sie noch so konträr zur meinen, scheint sie auch offensichtlich jeglicher Vernunft zu widersprechen, ist für mich irgendwie verständlich und nachvollziehbar, betrachte ich sie im Kontext. Ich habe Mühe sie zu verurteilen, von der Hand zu weisen, darüber zu urteilen.

Und dennoch ist es notwendig, Position – eindeutig Position zu beziehen. Andere Meinungen und Handlungen vielleicht zu verstehen, doch aber als unakzeptabel und als eben nicht richtig deklarieren zu können.

So ist aus meiner anfänglichen Absicht, die Bodenpflege ganz neutral zu hinterfragen, unverbindliche Alternativen und Lösungen vorzuschlagen, die auch Platz lassen für so manch andere Meinung und Lösung, etwas ganz anderes geworden. – Ein eindeutiges und engagiertes Auftreten gegen einen zwar nachvollziehbaren aber unakzeptablen Zustand.

4. Literaturverzeichnis

- SBK – Broschüre: *Ethik in der Pflegepraxis*, Bern 2003
- SBK – Broschüre: *Ethische Grundsätze für die Pflege*, Bern 1990
- Karin Bühler Meyer in der Zeitschrift *Krankenpflege* 12/2001: Artikel *Pflege auf dem Matratzenlager*
- Veronika Reichenbach in der Zeitschrift *Krankenpflege* 01/2000: Artikel *Auch Wunder beginnen auf dem Boden*
- Claudia Kuster *Bodenpflege in der Frührehabilitation*, Inselspital Bern, Januar 2000
- Arbeitsgruppe Delir am Inselspital in Bern (P. Allemann, V. Eigenmann, C. Hagi, A. Immer, F. Immer, E. Rohrbach, Z. Stanga)
Akute Verwirrheitszustände, Leitfaden für Pflegendе, Ärztinnen und Ärzte am Inselspital Bern, Mai 2001
- Claudia Husmann *Waidsticht*, Personalzeitung des Waidspitals, Ausgabe Nr. 5/Okttober 2001: Artikel *Schlafen wie auf dem Fouton*

5. Mein Dank

richtet sich

- an alle meine Mitarbeiter, für die bereitwillige Teilnahme an meinen Interviews und die konstruktiven Gespräche, die sich daraus ergaben.
- an die Leitung der von mir besuchten Notfall-Stationen, für die Erlaubnis zur ‚Auskundschaftung‘ stationsinterner Gepflogenheiten und namentlich an Angela Eugster, Barbara Bilger und Ulrika Abele für die Begleitung bei dieser.
- an Ida Tabernig, für die Zeit die sie sich genommen hat, meinen anfangs noch sehr wirren Gedanken eine Richtung zu geben.

Fotos: © eltemidur

Szenen aus **fort ins Blaue Morgen der Nacht**, eine Tanzproduktion für Erwachsene der *Kompanie Running out*.

6. Anhang

Definitionen von Begriffen im Zusammenhang mit der Bodenpflege:

Begriff	Definition
Unruhe	<p>Unruhe ist ein Wort der Alltagssprache, aber auch ein psychologisch- psychopathologisches Symptom.</p> <p>Begriff: Unruhe ist ein elementarer Grundbegriff. Der Sachkerngehalt des Begriffes ist die Bewegung, die Inkonstanz oder Diskontinuität: etwas bleibt nicht an einem Ort, sondern wechselt und wandert.</p> <p>Erscheinung:(1) Unruhe kann äusserlich beobachtet werden, sie kann sich aber auch innerlich zeigen und dann nach aussen hin nicht in Erscheinung treten. Äusserlich ist die Unruhe Bewegungs-Unruhe, meist auch motorische Unruhe genannt. Aufstehen, hin- und hergehen oder laufen, mit den Füssen wippen, nesteln, die Finger, Hände und Arme bewegen sind äussere Erscheinungsformen der Unruhe.</p> <p>(2) Man spricht auch trefflich von innerer Unruhe: unruhig sein, Unruhegefühl, getrieben fühlen, flattern, brodeln, bruzzeln; diese innere Unruhe kann nach aussen hin völlig verborgen sein, sie kann sich aber auch in verhaltener Bewegungsunruhe wie z. B. Beine wippen, mit den Fingern oder Händen nesteln, äussern.</p> <p>(3) Im Grunde kann sich Unruhe in beinahe allen psychologischen Funktionen zeigen: in der Stimmung, im Fühlen, in der Aufmerksamkeit und Wahrnehmung, im Wünschen, Mögen und Wollen, im Handeln, Tun und Verhalten.</p> <p>(Definition aus www.sgipt.org.)</p>
Verwirrtheit	<p>Verwirrtheit: (engl.) confusion; qualitative Bewusstseinsstörung im Sinne einer Bewusstseinsstörung mit Denkstörung, Erinnerungsverfälschung und <u>Desorientiertheit</u>; unter anderem Symptom der akuten <u>organischen</u> Psychose.</p> <p>(Psyhyrembel)</p> <p>Der akute Verwirrheitszustand – auch als Delir (nach ICD-10) oder Durchgangssyndrom bezeichnet – stellt ein schwer fassbares neuropsychiatrisches Syndrom mit plötzlichem Beginn und fluktuierendem Verlauf dar. Das akute bis subakute Auftreten (über wenige Stunden, manchmal bis Tage) ist typisch für dieses Krankheitsbild, bei oftmals sehr wechselhaftem Verlauf. Der Patient nestelt («wird nuschlig»), spricht wirr, sieht unter Umständen Tiere oder Menschen, zieht an «Leitungen», will aufstehen und ist zumeist zeitlich und örtlich desorientiert. Der typisch fluktuierende Verlauf kann dazu führen, dass die frühzeitigen Wahrnehmungen der Pflegenden bei Eintreffen des verantwortlichen Arztes nicht mehr erhebbar sind, was zur klassischen Verzögerung der Diagnosestellung und der Therapieeinleitung führen kann.</p> <p>Ein Verwirrheitszustand wird diagnostiziert, wenn aufgrund einer organischen Ätiologie <u>gleichzeitig Störungen in den fünf Kategorien</u> Bewusstsein, Kognition, Psychomotorik, Schlaf-Wach-Rhythmus und Affektivität vorliegen.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Bewusstsein/Aufmerksamkeit: leicht reduziert bis deutlich eingeschränkt, zum Teil erhöht; Verkennen der Umgebung – Kognition: formale (Sprachstörung) und inhaltliche Denkstörungen; reduzierte Konzentration und Hirnleistung / lückenhafte Erinnerungen; verlangsamt; desorientiert; Illusionen / Halluzinationen (oft visuell) – Psychomotorik: vermehrte / verminderte Aktivität; Tremor, Koordinationsstörungen – Schlaf-Wach-Rhythmus: Albträume, Schlaflosigkeit, Tag-Nacht-Umkehr – Affektivität: Angst, Reizbarkeit, v.a. in der Nacht; Wut, Ärger, Euphorie, Ratlosigkeit, Apathie <p>(vgl. Schweiz Med Forum Nr. 43, Oktober 2002, S.1021 – 1028))</p>
Bewusstseinsstörung	<p>(engl.) disorder of consciousness; Störung des Bewusstseins; Formen: 1. qualitative B. als Bewusstseinsstörung, Bewusstseinsengung od. Bewusstseinsverschiebung, vor allem <u>bei org. Psychose</u>;</p> <p>2. quantitative B. (Störung der Vigilanz od. Bewusstseinsverminderung) als Benommenheit, Somnolenz, Sopor, Koma; intrakraniell bedingt (z. B. bei Schädelhirntrauma, Schlaganfall, intrakranieller Blutung od. Tumor) od. infolge Stoffwechsel- od. Regulationsstörungen bzw. <u>Vergiftungen</u>; quantifizierbar nach der Glasgow-Komaskala;</p> <p>kurze Bewusstseinsstörung: Synkope;</p> <p>Nach einer Bewusstseinsstörung besteht eine Amnesie. (aus Psyhyrembel)</p>

