

WIE MAN SIE BETTET, SO LIEGEN SIE

Liege oder Bett für den alten Patienten auf der Notfallstation?

Diplomarbeit
Berner Bildungszentrum Pflege
Nachdiplomstudium Pflegeberatung, Bern



Räss Marianne

Emmenegger Daniel,
Pflegeexperte (Praxisbegleiter)

Winterberger Elisabeth,
Dozentin, NDS Pflegeberatung (Tutorin)

Bern, September 2008

Abstrakt

Auf Grund der demographischen Entwicklung in der Schweiz wird der Anteil der alten Menschen in der Gesamtbevölkerung in den nächsten Jahren merklich zunehmen. Parallel dazu werden aus finanzpolitischen Gründen die Gesundheitsförderung und die Prophylaxe an Bedeutung zunehmen. Hinzu kommt, dass in der Krankenpflege zunehmend Professionalität gefordert wird. Pflegefachpersonen müssen begründen können, warum sie welche Massnahmen treffen.

In Bezug auf diese Entwicklung stellt sich folgende Frage: Sollen alle alten Patienten beim Eintritt auf die Notfallstation in ein Bett gebettet werden oder reicht eine Liege? Diese Arbeit vermittelt in der Literatur begründete Fakten für eine umfassende Auseinandersetzung mit dieser Frage. Zudem leistet sie einen Beitrag zur Entscheidungsfindung für die Pflegefachpersonen auf der Notfallstation, in dem Aspekte der Grundbedürfnisse alter Menschen, der körperlichen und kognitiven altersbedingten Veränderungen und der damit verbundenen Orientierungs- und Wahrnehmungsfähigkeit aufgezeigt werden. So überrascht es nicht, dass sich alte Menschen auf der Notfallstation durch die auf sie in schneller Abfolge einwirkenden neuen Eindrücke rasch überfordert fühlen.

Ein weiterer wichtiger Gesichtspunkt für die Abhandlung ist die Dekubitusprophylaxe. Es ist eine medizinische Tatsache, dass bei alten Patienten innerhalb von zwei Stunden bereits innere Gewebeschädigungen auftreten können, wenn sie auf einer harten Unterlage liegen.

Anhand von organisatorischen, ökonomischen und ökologischen Aspekten wird aufgezeigt, dass es sich durchaus lohnt, einige Überlegungen anzustellen und abzuwägen, ob ein Bett oder eine Liege für den eintretenden alten Patienten gewählt werden soll. Auch ethische Überlegungen spielen bei der Auseinandersetzung mit dem gewählten Thema eine Rolle, denn jede Entscheidung, die einen anderen Menschen betrifft, hat eine ethische Dimension.

In der Diskussion der Ergebnisse zeigt sich, dass angesichts der eher längeren Aufenthaltsdauer¹ der alten Patienten die Beantwortung der Frage, ob alle alten Patienten beim Eintritt auf die Notfallstation in ein Bett gebettet werden sollen, sorgfältig evaluiert werden muss.

¹ Die Aufenthaltsdauer alter Patienten auf der Notfallstation im Inselspital Bern beruht auf einer Datenerhebung vom Februar 2008.

Inhaltsverzeichnis

Abstrakt

Inhaltsverzeichnis	1
1. Einleitung.....	2
1.1 Problembeschreibung.....	2
1.2 Zielsetzung	3
1.3 Fragestellung.....	3
1.4 Sprachregelung	3
2. Methodisches Vorgehen.....	4
2.1 Literatur- und Datenbeschaffung	4
2.2 Datenanalyse.....	5
2.3 Rechtliche Überlegungen	5
3. Begriffserklärungen	5
3.1 Der alte Patient.....	5
3.2 Die Liege	6
3.3 Das Spitalbett	7
4. Literaturbearbeitung	8
4.1 Grundbedürfnisse alter Menschen.....	8
4.2 Eintritt auf die Notfallstation – psychologische und medizinische Aspekte	9
4.2.1 Situative, psychologische Aspekte	9
4.2.2 Die Angst vor einem Sturz.....	10
4.2.3 Wahrnehmungs- und Orientierungsdefizit	11
4.2.4 Das Dekubitusrisiko	13
4.3 Pflegerische Interventionen – psychologische und medizinische Aspekte	15
4.3.1 Vertrauensbildende Massnahmen.....	15
4.3.2 Sturzprophylaxe	16
4.3.3 Sinneswahrnehmung fördern, Orientierungshilfe geben.....	17
4.3.4 Dekubitusprophylaxe.....	18
4.4 Ökonomische und ökologische Aspekte	21
4.4.1 Ökonomische Aspekte	21
4.4.2 Ökologische Aspekte	22
4.5 Ethische Aspekte.....	23
5. Datenerhebung.....	25
6. Diskussion.....	27
6.1 Psychologische Fakten.....	27
6.2 Medizinische Fakten.....	27
6.3 Ökonomische und ökologische Fakten.....	28
6.4 Ethische Fakten.....	28
7. Schlussfolgerung.....	29
8. Zielüberprüfung.....	30
9. Literaturverzeichnis	31
10. Anhang	I-III

1. EINLEITUNG

1.1 Problembeschreibung

Bereits zwei Stunden ununterbrochenes Liegen auf einer harten Unterlage genügen, um innere Gewebeschädigungen zu verursachen (Seiler & Stähelin 2007, S. 9). Solchen Schäden, die vermieden werden können, sollte vorgebeugt werden. Europaweit gewinnen in der Gesundheitspolitik die Gesundheitsförderung und die Prävention zunehmend an Bedeutung. Ein Grund dafür ist sicher die demographische Entwicklung: Die Lebenserwartung steigt, die Geburtenzahlen sinken. Ein weiterer Grund dürften die steigenden Kosten im Gesundheitswesen sein. In Deutschland, zum Beispiel, entstehen wegen Dekubitusulceras jährlich Kosten bis zu zwei Milliarden Euro. Experten gehen davon aus, dass durch gezielte Prophylaxe eine Einsparung von jährlich mindestens 382,9 Millionen Euro erwirtschaftet werden könnte (Hammer 2004, S. 258). In den Grundsätzen für Krankenpflege, dem Kodex für Pflegenden des International Council of Nurses (ICN), finden sich folgende Grundsatzaufgaben für Pflegenden (Brucker; Hutzler & Hasseler 2004, S. 314):

Krankheit verhüten; Gesundheit fördern; Gesundheit wieder herstellen; Leiden lindern.

Es ist naheliegend, dass auf der Notfallstation des Inselspitals Bern „Gesundheit wieder herstellen“ und „Leiden lindern“ (siehe oben) erste Priorität haben. Aber auch das ethische Prinzip „Nicht-Schaden“ (SBK Ethik 2006, S. 15) gilt da. Was heisst das? „Es geht darum, bei anderen – absichtlich oder unabsichtlich – physischen oder psychischen Schaden weder zu verursachen noch zuzufügen; Schaden zu verhindern, und was Schaden verursacht, auszuschalten“ (SBK Ethik 2006, S. 15). Diese Aussage beinhaltet den oben erwähnten präventiven Aspekt „Krankheit verhindern“. In diesem Zusammenhang spricht der Artikel „Dem ‚Eisberg‘ auf den Grund gehen“ von Lüthi (2008, S.14) für sich. Unter anderem ist in diesem Artikel zu lesen, dass die Dekubitusprophylaxe auf der Notfallstation beginne und es ein Teil der Professionalität sei, den Patienten richtig zu lagern. Ein alter Patient liegt auf der Notfallstation oft mehrere Stunden auf einer vier, fünf oder acht Zentimeter dicken Matratze einer Liege, auf der er sich gewöhnlich kaum bewegt, sei es wegen der Schmerzen oder aus Angst, herunterfallen zu können. Eine mögliche Folge davon ist ein Dekubitus mit den entsprechenden Schmerzen und Leiden. Nun ist es aber so, dass es auf der Notfallstation des Inselspitals keine offiziellen Richtlinien zur Beantwortung der Frage, in welchem Fall ein eintretender Patient² auf eine Liege oder in ein Bett gebettet werden soll, gibt. Jede Pflegefachperson fällt diesen Entscheid individuell. Ein Blick auf den Computer verrät nebst der geschätzten Ankunftszeit das Alter und die Verdachtsdiagnose des zu erwartenden Patienten. Bevor der Patient da ist, wird em-

² Ausgenommen sind Patienten, die in den Schockraum oder in die medizinische Akutkoje eingewiesen werden und HNO-Patienten.

pirisch und aus organisatorischen Gründen ein erster Vorentscheid, ob Liege oder Bett, in Absprache mit dem Team getroffen. Die entscheidende Frage lautet oft: Handelt es sich um eine Verdachtsdiagnose, die eher für einen stationären oder einen ambulanten Besuch des Patienten spricht? Eine voraussichtlich stationäre Aufnahme heisst: Bett; eine voraussichtlich ambulante Aufnahme heisst: Liege. Trifft der Patient ein, wird der Entscheid auf Grund einer kurzen Neueinschätzung der Befindlichkeit des Patienten nochmals erwogen und dann definitiv gefällt. Dieser letzte Entscheid wird von der für den Patienten verantwortlichen Pflegefachperson getroffen. In der Praxis fällt auf, dass unterschiedliche Kriterien für die Entscheidungsfindung herangezogen werden. Fachliches Wissen, ethische Prinzipien oder praktische Überlegungen spielen für die jeweiligen Pflegefachpersonen unterschiedlich gewichtige Rollen.

Unter fachlichem Wissen gehört nebst dem medizinisch-technischen Know-how insbesondere auch das Kennen der Bedürfnisse der in dieser Arbeit gewählten Altersgruppe: Alte Patienten mit ihren altersbedingten körperlichen Veränderungen. Auch rein praktische Überlegungen spielen bei der Entscheidung, ob Liege oder Bett, eine Rolle. Werden für die voraussichtlichen Untersuchungen diverse Transporte nötig sein, die sich leichter mit der Liege bewerkstelligen lassen? Hat es auf dem freien Platz genug Raum für ein Bett? Was kostet die Benützung einer Liege/eines Bettes den Patienten? Was bedeutet der Entscheid für oder gegen Liege oder Bett in ökonomischer und ökologischer Hinsicht für das Spital? Diese Aspekte sollen ebenfalls in die Überlegungen miteinbezogen werden.

Der Entscheid, ob ein alter Mensch auf eine Liege oder in ein Bett gebettet wird, wird meiner Meinung nach in seiner Tragweite verkannt. In dieser Arbeit will ich Fakten sammeln, um diesem Thema in Diskussionen mehr Gewicht geben zu können.

1.2 Zielsetzung

Mit dieser Arbeit sollen Fakten zur Entscheidungsfindung, ob für den auf die Notfallstation eintretenden alten Patienten eine Liege oder ein Bett gewählt werden soll, gesammelt und analysiert werden.

1.3 Fragestellung

Sollen alle alten Patienten beim Eintritt auf die Notfallstation in ein Bett gebettet werden? Die Frage stellt sich nicht für Patienten, die in den Schockraum oder in die medizinische Akutkoje eingewiesen und auch nicht für HNO-Patienten, die auf einem Spezialstuhl behandelt werden. Der in dieser Arbeit gewählte alte Patient ist im Kapitel 3.1 näher definiert.

1.4 Sprachregelung

Zur besseren Verständlichkeit und Lesbarkeit gilt der Begriff „Patient“ in dieser Arbeit für beide Geschlechter. Er wird sinngemäss auch für „Klient“, „Pflegegempfänger“ oder ähnliche Begriffe verwendet.

2. METHODISCHES VORGEHEN

2.1 Literatur- und Datenbeschaffung

Um die Zielsetzung dieser Arbeit zu erreichen, ist eine Literaturbearbeitung gewählt worden. Es werden Vor- und Nachteile einer Liege, beziehungsweise eines Bettes, für den Patienten gesammelt und erörtert. Ethische Überlegungen aus der Sicht der Pflegefachperson werden aufgezeigt und sowohl organisatorische, ökonomische als auch ökologische Aspekte werden hinsichtlich des Entscheides Liege oder Bett kritisch hinterfragt. Die Auswahl der Artikel, Zeitschriften und Bücher fällt auf Grund der Sprache (Deutsch und Englisch), des Abstrakts (Hinweis auf relevante Aussagen im Zusammenhang mit der Zielsetzung dieser Arbeit) und der Aktualität (Erscheinungsdatum). Eine systematische Literaturrecherche im Internet (Scholar.google, Google, MedPilot, PubMed und Cinahl) ist mit folgenden Schlagwörtern durchgeführt worden: Krankenbett, Pflegebett, Krankenliege, Dekubitus, Prophylaxe, Alter, Grundbedürfnisse, pressure ulcer, prevention, risk assessment, pressure relieving devices. In der Bibliothek gibt es eine grosse Auswahl von Artikeln und Bücher zu den Themen Prävention und Dekubitusprophylaxe sowie zum Thema „Pflege alter Menschen“. Wertvolle Kontaktadressen stammen von Elisabeth Winterberger, Tutorin, und Daniel Emmenegger, Praxisbegleiter. Frau Gabriela Fritschi, Verantwortliche für den Nachdiplomkurs „Alter und Altern“ im Lindenhofspital Bern, hat freundlicherweise nützliche Hinweise bezüglich der Fachliteratur zum Thema „Pflege alter Menschen“ vermittelt. In der Fachzeitschrift des Schweizerischen Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) „Krankenpflege“ 2/2008 ist die Adresse von Urs Lüthi zu finden, der eine Zusammenfassung des Dekubitusseminars in Basel vom 27. November 2007 geschrieben hat. Er verweist auf die Fachleute Peter Hellstern und Edith Trachsel, die zusammen mit Rebecca Spirig von der Abteilung Klinische Pflegewissenschaft des Universitätsspitals Basel (USB) und Fachärzten die erwähnte Tagung durchgeführt haben. Entsprechend ihrer Empfehlung wird Barbara Hürlimann, Pflegeexpertin im Inselspital Bern, für Studien betreffend Dekubitusprophylaxe beigezogen. Die Verantwortliche der Fachstelle Material Pflege des Inselspitals stellt Literatur bezüglich der Matratzen zur Verfügung. Die ökonomischen Daten der Wiederaufbereitung einer Liege oder eines Bettes stammen von den Verantwortlichen der Bettenzentrale und der Wäscheversorgung des Inselspitals Bern Die Aufenthaltsdauer alter Patienten auf der Notfallstation des Inselspitals Bern kann dank einer Datenerhebung vom Februar 2008 aufgezeigt werden.

2.2 Datenanalyse

Aus der Fülle der vorhandenen Literatur werden aussagekräftige Fakten in Bezug auf die Problembeschreibung und Fragestellung zusammengetragen und evaluiert. Diese relevanten Aussagen werden in den Kapiteln 4.1-4.5 zusammengefasst und mit Untertiteln sinnvoll strukturiert. Als wichtige Themen zeigen sich: Die Grundbedürfnisse alter Menschen (Kapitel 4.1); der Eintritt auf die Notfallstation und die damit verbundenen psychologischen und medizinischen Aspekte in Bezug auf das Thema dieser Arbeit (Kapitel 4.2); die pflegerischen Interventionen (Kapitel 4.3), die sich auf die, in den vorausgegangenen Kapiteln erwähnten Gesichtspunkte beziehen; die ökonomischen und ökologischen Aspekte (Kapitel 4.4) und letztlich ethische Aspekte (Kapitel 4.5).

2.3 Rechtliche Überlegungen

Für die Datenerhebung bezüglich Aufenthaltsdauer der Patienten auf der medizinischen und chirurgischen Notfallstation im Februar 2008 müssen keine Einwilligungen der Patienten eingeholt werden. Da die Namen der Patienten und das genaue Geburtsdatum nicht relevant sind und die Daten nur über das Geburtsjahr erhoben werden, können keine Rückschlüsse auf Patienten aus der Datenerhebung gezogen werden.

3. BEGRIFFSERKLÄRUNGEN

3.1 Der alte Patient

Die menschliche Lebensdauer zeigt weltweit eine sehr grosse Streubreite. Während die Lebenserwartung in subsahariellen afrikanischen Ländern bei 50 Jahren liegt, befindet sie sich in den reichen Ländern Europas bei 78 Jahren (Rosenmayr 2004, S. 19). Das derzeit stattfindende und insbesondere noch zu erwartende Anwachsen der alten Bevölkerung, besonders in Europa, verlangt aus verschiedenen Gründen laut Rott (2004, S. 55) eine gesonderte Betrachtung der Demografie des hohen und sehr hohen Alters. So unterscheidet er zwischen alten Menschen (65- bis 80-jährigen) und Hochaltrigen (über 80-jährigen). Nach Berechnungen der Vereinten Nationen dürfte sich die Zahl der 100-Jährigen in Europa von knapp 47'000 im Jahre 2000 auf 234'000 im Jahre 2025 und auf 674'000 im Jahre 2050 erhöhen (Rott 2004, S. 55). Unter Kapitel 4 in Rehberg (2008) ist zu lesen, dass in der Entwicklungspsychologie und in der Gerontologie zwischen „jungen Alten“ und „alten Alten“ unterschieden wird. Es seien aber auch alternative theoretische Vorstellungen entwickelt worden, die eine differenzierte Betrachtung des Alters und des Alterungsprozesses jedes Menschen ermöglichen. Dies im Wissen darum, dass sich jeder Mensch im Laufe seines Lebens anders entwickelt, was stereotype Vorstellungen vom Alter korrigieren könnte. Helmchen; Kanowski &

Lauber (2006, S.14) stimmen der Meinung zu, dass Altern und Alter relative Begriffe sind, die sich nicht eindeutig definieren lassen.

In dieser Arbeit wird der Einfachheit halber der Begriff „der alte Patient“ der kalendarisch definierten Rolle zugeschrieben und meint über 80-jährige Menschen. Der Begriff „Hochaltrige“ wie ihn Rott (2004) verwendet, ist in der Umgangssprache nicht üblich und wird in der Schriftsprache nur selten gebraucht.

3.2 Die Liege



Abb.1³ Liege 1
Merivaara von Grauba



Abb.2³ Liege 2
Maquet M5655



Abb.3³ Liege 3
Stryker von Hausmann

Liege 1	Länge: 2.05m	Breite: 0.70m	Höhe ⁴ : 0.67m
Liege 2	Länge: 2.08m	Breite: 0.73m	Höhe ⁴ : 0.72m
Liege 3	Länge: 2.10m	Breite: 0.68m	Höhe ⁴ : 0.60m

Die Matratzenmasse der entsprechenden Liegen:

Matratze 1 ⁵	Länge: 1.90m	Breite: 0.60m	Höhe: 0.04m
Matratze 2 ⁵	Länge: 1.96m	Breite: 0.65m	Höhe: 0.08m
Matratze 3 ⁵	Länge: 1.90m	Breite: 0.66m	Höhe: 0.05m

Bei den genannten Matratzenhöhen der Liegen zeigen Erfahrungswerte aus der Praxis, dass das Liegen besonders auf den Matratzen 1 und 3 als sehr hart empfunden wird.

³ Abb.1-3: Fotos der Autorin vom Juni 2008

⁴ Die Höhe ist inklusive Matratze gemessen und gibt die tiefste Einstiegshöhe für den Patienten an.

⁵ Name und Inhalt nicht eruierbar

3.3 Das Spitalbett⁶



Abb.4⁷ Spitalbett

Standardbett: Insel Bigla Bett Typ B

Spitalbett: Länge: 2.20m Breite: 0.90m Höhe⁸: 0.60m

Matratze⁹: Länge: 2.00m Breite: 0.90m Höhe: 0.14m

Ab September 2008 werden im Inselspital Bern die alten Betten inklusive Matratzen nach und nach ausgewechselt. Das neue Bett, Völker S 960-2, verspricht mehr Komfort und kostet Fr. 6'000.--. Die Anschaffungskosten für eine neue Matratze, MEMOBA-Medium, belaufen sich auf Fr. 350.--. Die neuen Matratzen werden Viscoelastische Schaumstoffmatratzen sein, sind beidseitig verwendbar, haben eine weichere und festere Seite. Die weiche Seite sorgt für optimalen Liegekomfort und die feste Seite mit Randverstärkung für die nötige Stabilität und Sicherheit. Der spezielle Schaumstoff auf der weichen Seite garantiert, laut Hersteller, eine hervorragende Druckentlastung und gewährleistet damit eine effiziente Dekubitusprophylaxe. Die Neuanschaffung macht in Bezug auf die im Kapitel 4.2 genannten psychologischen und medizinischen Aspekte Sinn.

⁶ Die Angaben zu den alten Betten wurden von dem Verantwortlichen der Bettenzentrale Inselspital Bern eingeholt, jene zu den neuen Betten von der Verantwortlichen der Fachstelle Material Pflege des Inselspitals Bern.

⁷ Abb.4: Foto der Autorin vom Juni 2008

⁸ Die Höhe ist inklusive Matratze gemessen und gibt die tiefste Einstiegshöhe für den Patienten an.

⁹ Stoffmatratze HOCO

4. LITERATURBEARBEITUNG

4.1 Grundbedürfnisse alter Menschen

In der Literatur ist zu den Grundbedürfnissen explizit alter Menschen nichts zu finden. Es ist davon auszugehen, dass die Grundbedürfnisse der Menschen allgemein, ob jung oder alt, die gleichen sind, wie sie der Psychologe Abraham A. Maslow beschreibt (Maslow 1943). Die „Maslowsche Bedürfnispyramide“ ist ein fünfstufiges Modell, das aufzeigt, in welcher hierarchischen Reihenfolge die Bedürfnisse befriedigt werden müssen. So gelten die elementaren, körperlichen Grundbedürfnisse wie Essen, Trinken, Schlafen und Wärme als grundlegende Bedürfnisse. Erst, wenn diese befriedigt sind, folgt die nächste Stufe, jene der Sicherheit. Das Sicherheitsbedürfnis umfasst Schutz, Abgrenzung, Recht und Ordnung. Auf der dritten Stufe folgen die Bedürfnisse nach sozialen Beziehungen, Zugehörigkeit und Liebe, nach Zuneigung, Akzeptanz und Freundschaft. Die Bedürfnisse nach sozialer Anerkennung und Wertschätzung finden sich auf der vierten Stufe. Auf der letzten, der fünften Stufe, wird das Bedürfnis nach Selbstverwirklichung, zum Beispiel in der Kunst, Philosophie oder Individualität, genannt. In der Schweiz ist es für die allermeisten Menschen möglich, die Grundbedürfnisse zu befriedigen. Darum konzentrieren sich Studien heute eher auf Begriffe wie Lebensqualität und Autonomie.

Lebensqualität im Alter bedeutet für jeden Menschen, unabhängig davon, ob er krank oder gesund ist, etwas anderes. Die gemachten Lebenserfahrungen prägen die letzte Lebensphase und lassen die alten Menschen diese darum so unterschiedlich erleben. Auffallend ist die Zunahme von Berichten in der Presse über Verjüngungs- und Schönheitsoperationen, sowie in der Werbung für Antiaging-Angebote. Natürlich gibt es im Alter physiologische Veränderungen, die einem das Leben erschweren und deren Behebung ein Bedürfnis sein kann. In Kapitel 4.2.3 wird darauf näher eingegangen.

Der Begriff Autonomie setzt sich laut Huber; Siegel; Wächter & Brandenburg (2005, S. 21) aus den Wörtern „autos“ (selbst) und „nomos“ (Gesetz) zusammen und bedeutet soviel wie eigene Gesetze haben und nach ihnen leben. Laut SBK Qualitätsnormen (2007, S. 3) heisst Autonomie: „Über sich selbst entscheiden können.“ Hier wird Autonomie auch beschrieben als ein zentrales Bedürfnis des Menschen, das von seiner Geburt an bis zu seinem Tod bestehen bleibt und das Pflegenden erkennen und fördern müssen. Dazu werden vier Bereiche definiert, die wegen ihrer Aussagekraft hier aufgeführt werden:

- „- Die gefühlsmässige Autonomie; die Freiheit, das Vermögen und der Wille, Gefühle gegenüber Menschen, Vorkommnissen und Dingen zu haben;
- Die geistige Autonomie; die Freiheit, das Vermögen und der Wille zu entscheiden, welchen Sinn Ereignissen und dem eigenen Leben beigemessen werden;

- Die körperliche Autonomie: die Freiheit, das Vermögen und der Wille, in den alltäglichen Verrichtungen über seinen Körper zu entscheiden;
- Die soziale Autonomie: die Freiheit, das Vermögen und der Wille, sein soziales Netz zu wählen“ (SBK Qualitätsnormen 2007, S. 5).

Durch diese Aufteilung soll unter anderem darauf aufmerksam gemacht werden, dass beim Verlust des einen Autonomiebereichs die anderen sehr wohl noch intakt sein können (SBK Qualitätsnormen 2007, S. 5). Dank der AHV, die in den letzten Jahrzehnten stark ausgebaut wurde und dem System der Ergänzungsleistungen, können alte Menschen heute ihre Grundbedürfnisse besser befriedigen als früher. Trotzdem herrscht auch heute laut Höpflinger & Seifert (2002, S. 15) noch eine extrem ungleiche Einkommens- und Vermögenslage bei der älteren Bevölkerung.

4.2 Eintritt auf die Notfallstation – psychologische und medizinische Aspekte

In diesem Kapitel wird konkret die Situation alter, ansprechbarer Patienten, die vor dem Spitaleintritt zu Hause noch selbständig waren, betrachtet. Einerseits gilt es die psychologischen Aspekte bei einem plötzlich notwendigen Spitaleintritt zu berücksichtigen. Des Weiteren wird die Angst vor einem Sturz, das heisst aus dem Bett zu fallen, thematisiert. Zudem wird auf das Wahrnehmungs- und Orientierungsdefizit eingegangen und schlussendlich auch das Dekubitusrisiko erörtert. All diese Themen enthalten psychologische oder medizinische Aspekte, die für die Beantwortung der in dieser Arbeit gestellten Frage, ob alle alten Patienten beim Eintritt auf die Notfallstation in ein Bett gebettet werden sollen, von Bedeutung sind.

4.2.1 Situative, psychologische Aspekte

In der vertrauten Umgebung zu Hause finden sich alte Menschen oft lange sehr gut zurecht. Eingeschliffene Bewegungsabläufe (nach dem Aufstehen Gang zur Toilette), Möbel, die einem eine Stütze sind (zuerst die Kommode, dann der Tisch) und Orientierungspunkte (nach dem weichen Teppich links abbiegen), sind vertraut und geben Sicherheit. 10:00 Uhr ist, wenn der Briefträger kommt, und Sonntag ist, wenn am Morgen die Glocken läuten. Auch das Fernsehprogramm gibt vielen einen Rahmen für den Tagesablauf (Buchholz & Schürenberg 2005, S. 246).

Wenn nun aus irgendeinem Grund eine plötzliche Einweisung ins Spital erfolgt, wird der alte Patient aus seinem eigenen Rhythmus herausgerissen. Alles geht schnell - oft zu schnell - für den Patienten, der in seinem Alter mehr Zeit braucht, um etwas Neues richtig zu erfassen. Alte Menschen kompensieren vieles durch ihre Erfahrungen und können besser Wesentliches von Unwesentlichem unterscheiden, als junge Leute. Aber wenn plötzlich nichts mehr ist wie es eben noch war, sind alte Patienten auf der Notfallstation oft wegen den altersbedingten Wahrnehmungsveränderungen überfordert und scheinen desorientiert und hilfsbedürftig. Dass

man im Spital an der Pforte seine Persönlichkeit „abgibt“, wird häufig bemängelt (Buchholz & Schürenberg 2005, S. 248). Kaum auf der Station, würden den Patienten bis auf die Unterhosen (wenn sie nicht inkontinent sind) die Kleider ausgezogen. Drei bis sechs die Person schützende, stützende und vertraute Kleidungsschichten (Jacke, Pulli, Hemd, Unterwäsche, BH) werden innerhalb weniger Minuten gegen ein luftiges Nachthemd, das hinten offen ist, ausgetauscht. Bleibt zu hoffen, dass dem Patienten eine warme Decke gereicht wird, die hilft, die Wärmeregulierung zu unterstützen.

Der alte Patient kommt auf die Notfallstation, herausgerissen aus der vertrauten Umgebung, vielleicht alleine und mit Schmerzen. Er kommt mit der Frage, was ihm wohl fehle, ob es noch eine Rückkehr nach Hause geben wird, und mit der Sorge um eine vielleicht allein daheimgebliebene Person. Je nach der Ernsthaftigkeit der Krankheit oder Verletzung beschäftigen den eintretenden Patienten auch Fragen rund um den Tod. Kruse (2007, S. 164) bemerkt, dass „empirische Untersuchungen zeigen, dass im Alter eher weniger Angst vor dem Tod empfunden wird als im mittleren Erwachsenenleben, wobei weniger das Faktum der Sterblichkeit, sondern vor allem die Frage nach der Art des Sterbens Ängste auszulösen scheint.“ Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Einstellung gegenüber der eigenen Endlichkeit durch zahlreiche Faktoren beeinflusst wird, unter denen insbesondere Endlichkeitserfahrungen im Lebenslauf, Formen der Auseinandersetzung mit Einschränkungen und Verlusten in früheren Lebensabschnitten, körperliche und psychische Erkrankungen, Aspekte der psychischen Stabilität (Lebenszufriedenheit), religiöse Überzeugungssysteme und die Verfügbarkeit sozialer Unterstützung zu nennen sind (Kruse 2007, S. 164). Zudem muss der alte Patient beim Eintritt nicht nur die neuen Räumlichkeiten, die vielen Untersuchungen und Wartezeiten verarbeiten, er wird auch konfrontiert mit vielen neuen Gesichtern. Ein Erschwernis ist weiter die Tatsache, dass das medizinische Personal in den Dienstkleidern in ihrer Funktion kaum zu unterscheiden ist. Ebenso erzeugen viele schnelle Informationen ohne Wiederholungen zusätzlich Unsicherheit.

4.2.2 Die Angst vor einem Sturz

Die alten, eintretenden Patienten sind von zu Hause an breite Betten gewöhnt. Trotzdem verharren viele alte Patienten aus Angst aus dem Bett zu fallen, in der sicheren Position der Rückenlage. Diese gewährleistet die maximale Auflagefläche und den grösstmöglichen Überblick über das Zimmer. Laut Buchholz & Schürenberg (2005, S. 248) bevorzugen im Spital alte Patienten – im Gegensatz zu Zuhause – die Rückenlagerung selbst dann, wenn sie so schlechter schlafen können. Es wird auch die Frage gestellt, ob die Rückenlagerung, die alte Patienten mit dem Alter zunehmend einnehmen, eine Konditionierung als Folge pflegerischer Betreuung sei, weil Pflegefachpersonen diese Lagerung zur Pflege und Überwachung bevorzugen. Was hier fürs Bett gilt, gilt umso mehr für die Liege! Wird der Patient auf eine Liege gebettet, die wesentlich schmaler ist, steigt das Risiko herunterzufallen, was Angst auslösen

kann (Tideiksaar 2002, S. 120). Kommt dazu, dass zu Hause oft eine Seite des Bettes an eine Wand stösst und so auf dieser Seite Sicherheit vermittelt. Im Spital stehen Liege oder Bett oft frei im Raum und sind von beiden Längsseiten her zugänglich.

4.2.3 Wahrnehmungs- und Orientierungsdefizit

Sowohl die Wahrnehmungs- als auch die Orientierungsfähigkeit nehmen im Alter ab. Schleichende physiologische Veränderungen der Sinnesorgane sind unter anderem dafür verantwortlich. Am stärksten betroffen sind laut Buchholz & Schürenberg (2005, S. 232) die Sinne „Sehen“ und „Hören“. Überdies hat die veränderte Hautbeschaffenheit Auswirkungen auf den Tastsinn. Weil der Riech- und der Geschmackssinn primär themenbezogen nicht relevant sind, werden sie im Umfang dieser Arbeit nicht näher erläutert.

Sehen: Buchholz & Schürenberg (2005, S. 233-235)

Altersbedingte Sehveränderungen beginnen schon im zweiten oder dritten Lebensjahrzehnt.¹⁰ Eine Sehverminderung muss aber nicht unbedingt mit dem Altersprozess einhergehen. Es gibt viele Menschen, die ein recht gutes Sehvermögen bis ins hohe Alter hinein behalten. Sehbeeinträchtigungen führen bei alten Menschen zu Veränderungen des Ort- und Zeitlebens (siehe auch Kapitel 4.2.1).

Hören: Buchholz & Schürenberg (2005, S. 236-237)

Man spricht von der Altersschwerhörigkeit¹¹. Töne von 12'000-20'000Hz werden nicht mehr wahrgenommen (Grillenzirpen = 15'000Hz). Hörveränderungen im Alter haben Auswirkungen auf die Kommunikation und stören die Harmonie mit der Umwelt.

Tasten: Buchholz & Schürenberg (2005, S. 236).

Die Haut des Menschen wird mit dem Alter zunehmend dünner, besonders bei Frauen mit Osteoporose. Die Haut wird trockener, pigmentierter und unelastischer. Weiter schreiben Buchholz & Schürenberg (2005, S. 236), dass die Zahl der Nervenleitungen, die die Muskeln innervieren, abnehme und die Nervenleitgeschwindigkeit sich um bis 15% reduziere. Die Gefässreaktion werde schwächer und Verletzungen und Narben von früher führten zu Informationsslücken. All dies habe Auswirkungen auf den Tastsinn und die Feinmotorik. Zum Beispiel können Hemden nicht mehr leicht zugeknöpft werden. Des Weiteren nehme die Druckemp-

¹⁰ Die häufigsten Sehstörungen im Alter sind: Grauer und grüner Star, senile Makuladegeneration und Retinopathia diabetica, auf die hier im Rahmen dieser Arbeit nicht eingegangen wird.

¹¹ Schwerhörigkeit wird unter anderem gefördert durch Vitamin A-Mangel, Diabetes, Schilddrüsenunterfunktion oder Medikamente wie Cortison oder Zytostatika.

findlichkeit zu und das Kältegefühl ebenfalls, was wiederum das Liegen auf der dünnen Matratze einer Liege beschwerlich macht.

Wie in Kapitel 4.2.1 beschrieben, kann ein plötzlicher Eintritt ins Spital für ältere Patienten eine ernste Lebenskrise darstellen. Viele ältere Menschen können sich nicht so schnell an die neue Situation anpassen und reagieren verwirrt. Die akute Verwirrtheit wird von Berning (2007, S. 145) folgendermassen beschrieben: „Plötzlicher Eintritt von Verwirrtheit, die einige Stunden bis Tage anhält und meist behandelbar und rückbildungsfähig ist.“ Eine Ursache für die akute Verwirrtheit kann unter anderem auch ein nicht geplanter, plötzlicher Ortswechsel sein. Ein leicht verwirrter Patient kann dann vielleicht auf Grund von Wahrnehmungsstörungen zum Beispiel das aktuelle Datum nicht sofort nennen oder das Geschehene zeitlich nicht geordnet reproduzieren. Diese Verwirrtheit rührt unter anderem daher, dass, wie im Kapitel 4.2.1 beschrieben, sich mit den Jahren verschiedene Abläufe im Leben eines Menschen gefestigt haben. So kann schon das Einsteigen in ein Bett von der „falschen“, der ungewohnten Seite her, für Verwirrung sorgen. Was nützt ein in der Höhe verstellbares Bett, wenn es „falsch“ steht, fragen Buchholz & Schürenberg (2007, S. 246). Eine solche ungewohnte Schlafstätte kann zu Schlafstörungen führen. Jürgen Georg (2008) gibt zudem zu bedenken, dass alte Menschen im Vergleich zu jungen ohnehin schon kürzer, leichter, störungsanfälliger und häufiger unterbrochen schlafen.

Es sollte nicht vergessen gehen, dass im Rahmen des Alterungsprozesses die Menschen auch kleiner werden. Es kommt zu Gelenkveränderungen und zu einer Abnahme der Muskelkraft, die zu einer Verminderung der Muskelkoordination und Gleichgewichtsregulation führt (Helmchen 2006, S. 14). So wird demzufolge auch das Einsteigen auf eine alte Liege mit der Höhe von 67cm, beziehungsweise 72cm, zu einem fast unüberwindbaren Hindernis. Eine moderne Liege oder ein Bett haben eine niedrigere Einstiegshöhe von 60cm (siehe Kapitel 3.2 und 3.3).

Schlussendlich hat nicht nur das Bett, sondern auch die dazugehörige Matratze Einfluss auf das Sicherheitsgefühl des Patienten. Stark nachgebende oder herabhängende Matratzenränder können beim Sitzen am Bettrand bei einem bestehenden Balancedefizit möglicherweise zu einem Sturz führen, weil der Halt fehlt (Tideiksaar 2000, S. 119).

4.2.4 Das Dekubitusrisiko

Zu den häufigsten und gefürchtetsten Folgeerscheinungen körperlicher Immobilität gehört laut Hammer (2004, S. 258) ein Dekubitus. Risikofaktoren wie sie die Universität Witten/Herdecke in ihrer evidenzbasierten Leitlinie „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe“ in der Pflege, Schaperdoth & Lunau (2006, S.70) nennt, sind:

Innere Risikofaktoren:

- Eingeschränkte Mobilität oder Immobilität
- Sensorische Beeinträchtigung
- Akute Erkrankung
- Gestörte Bewusstseinslage
- Lebensalter <5 / >65 Jahre
- Druckschädigung in der Vorgeschichte
- Gefässkrankheiten
- Schwere chronische oder terminale Erkrankungen
- Malnutrition und Dehydration

Äussere Risikofaktoren:

- Druck
- Reibung
- Scherkräfte

Individuelle Risikofaktoren:

- Medikamente
- Hautfeuchtigkeit

Diese Risikofaktoren decken sich mit jenen, die in den NICE Clinical Guideline B (2005, S. 2-3) beschrieben sind. Allgemein gilt, dass örtlich überall dort eine besondere Gefährdung besteht, wo wenig schützendes Unterhautfettgewebe vorhanden ist. NICE (2005) hat, wie im Anhang nachzulesen ist, in Englisch eine gut lesbare und leicht verständliche Informationsschrift über Prävention und Behandlung eines Dekubitus (pressure ulcers – prevention and treatment) für Dekubituspatienten, Angehörige, Betreuer und die Öffentlichkeit herausgegeben. Hier kann nachgelesen werden wer gefährdet ist, auf was geachtet werden muss und was getan werden kann.

Was genau versteht man unter dem medizinischen Fachbegriff „Dekubitus“?

Es gibt verschiedene Definitionen, die wichtigsten seien im Folgenden näher betrachtet:

Hammer (2004, S. 258) beschreibt einen Dekubitus wie folgt: „Als Dekubitus wird eine Druckschädigung der Haut durch Liegen bezeichnet.“ Und weiter erklärt sie, dass sich der Begriff vom lateinischen Wort „decubare“ ableiten lasse, was „liegen“ oder „darniederliegen“ bedeute. „Synonyme Bezeichnungen sind Dekubitalulcus, Dekubitalgeschwür oder Druckgeschwür“ (Hammer 2004, S. 258).

Die Definition von Dekubitus lautet nach Berning (2007, S. 25): „Eine durch länger anhaltenden Druck entstandene Schädigung der Haut und des darunter liegenden Gewebes.“ Die Schädigung, so Berning (2007, S. 26), reiche von einer lokalen Rötung ohne Hautläsion bis zu einer nekrotisierenden tiefen Gewebeschädigung, die bis auf die Knochen reichen könne.

Wie entsteht ein Dekubitus?

Seiler & Stähelin (1994, S. 3-6) stellen fest, dass Druckgeschwüre durch den hohen Auflagedruck P und dessen lange Druckeinwirkungszeit T entstehen. $P \times T$ ergibt dann die einen Dekubitus erzeugende Wirkung WD . Ihre vollständige Formel lautet also: „ $WD=P \times T$ “. Je höher der Wert WD ist, desto grösser ist das Dekubitusrisiko. Seiler & Stähelin (1994) gehen davon aus, dass die meisten Patienten eine Druckverweilzeit T von bis zu zwei Stunden tolerieren. Ein maximaler Auflagedruck P wird nicht genannt. Es kann aber aus der Formel gelesen werden, dass zum Beispiel eine weichere Matratze eine längere Druckverweilzeit erlaubt. Die Autoren weisen in ihrem Artikel darauf hin, dass vor allem ältere Menschen durch die im Alter typische Multimorbidität schnell immobil werden und darum besonders gefährdet sind. Auch gemäss Lippert (2001, S. 125) sind ebenfalls Druck (Auflagedruck), Zeit (Druckverweilzeit) aber auch die Disposition (Risikofaktoren) massgebend für die Dekubitusentstehung. Er weist darauf hin, dass die Hypoxietoleranz der Hautzellen maximal zwei bis vier Stunden beträgt. Werden die Gefässe der Mikrozirkulation länger komprimiert, kommt es zu einer Schädigung der Haut. Wenn die Haut vorgeschädigt ist, so Lippert (2001), können irreversible Schäden bereits nach deutlich weniger als zwei Stunden auftreten.

Schaperdoth & Lunau (2006, S. 69) schreiben, dass Muskulatur und Fettgewebe empfindlicher auf Druck reagieren, als die Haut. Dies erklärt die Tatsache, dass bei einem sichtbaren Befund an der Hautoberfläche die Nekrose in der Tiefe ausgedehnter ist. Der Titel „Dem ‚Eisberg‘ auf den Grund gehen“ von Lüthi (2008) (siehe Problembeschreibung, Kapitel 1.1), bringt dieses Phänomen sinnbildlich auf den Punkt. Noch ausführlicher beschreibt Berning (2007, S. 28-32) die Entstehung eines Dekubitus. Er schreibt, dass der Körper mit der Erhöhung des normalen Kapillardrucks in den arteriellen und venösen Kapillaren reagiere, sobald der Auflagedruck den Druck in den Kapillaren übersteigt. Dieser Kompensationsmechanismus aber funktioniere nur bis zu einer gewissen Druckstärke. Wird der Druck zu gross, kann nicht mehr kompensiert werden und es kommt zu einer Minderdurchblutung des betroffenen Areals. Das heisst, die Versorgung mit Sauerstoff und Nährstoffen ist nicht mehr gewährleistet. Auch die Kohlendioxid- und Stoffwechsellendprodukte werden nicht mehr genügend abtransportiert. Es kommt in der Folge zu einer Gewebsschädigung. Berning (2007) unterscheidet zwischen komprimierenden Kräften, die von aussen einwirken, wie zum Beispiel Matratzen, Falten in Betttüchern, oder Krümmeln im Bett, und komprimierenden Kräften, die von innen einwirken, wie beispielsweise Knochen, die ohne Muskel- und Fettpolster direkt unter der Haut liegen. Er

nennt auch die negativen Auswirkungen von Scherkräften, die bei Verschiebungen von Gewebeschichten entstehen und Blutgefäße im subkutanen Gewebe verdrillen oder abschnüren können. Berning (2007) schreibt, dass je nach Intensität einer Druckeinwirkung und Gewebetoleranz des Kranken bereits zehn bis zwanzig Minuten zur Entstehung eines Dekubitus reichen! Die Druckintensität wird durch die Härte der Unterlage bestimmt. Unter anderem macht Berning (2007) darauf aufmerksam, dass bei Patienten mit Diabetes mellitus das Warnsystem „Kribbeln oder Schmerz“ bei einer ungenügenden Durchblutung beeinträchtigt sein kann, und dass bei Abgabe von Schmerzmitteln aus diesen Gründen Vorsicht geboten ist. Berning (2007) weist darauf hin, dass bei der Entstehung eines Dekubitus auch die Gewebetoleranz eine bedeutende Rolle spielt. Unter Gewebetoleranz versteht er die Fähigkeit von Haut und Unterhautgewebe, Druck ohne schädigende Folgen zu ertragen. Er unterscheidet dabei zwei verschiedene Gruppen von Faktoren, die dies beeinflussen:

Faktoren, die die Fähigkeit des Gewebes beeinflussen, Druck zu verteilen, wie zum Beispiel:

- Die Gewebemasse: Unterhautfettgewebe, das gut ausgebildet ist und ausreichende Muskulatur können einen Druck besser verteilen.
- Dehydration: Die Elastizität der Haut nimmt ab bei unzureichender Flüssigkeitsaufnahme.
- Das Alter: Die Zusammensetzung des Bindegewebes verändert sich und die Regeneration von Hautzellen verlangsamt sich.

Faktoren, die die Sauerstoffverteilung innerhalb des Gewebes und den Sauerstoffbedarf des Gewebes beeinflussen, wie zum Beispiel:

- B-Blocker: Sie reduzieren die Hautdurchblutung um 20 – 30%.
- Nikotinabusus: Dieser begünstigt eine Arteriosklerose, die den Blutfluss vermindert.
- Lungenerkrankungen: Sie reduzieren die Sauerstoffversorgung.

(Berning 2007, S. 31-32)

4.3 Pflegerische Interventionen – psychologische und medizinische Aspekte

In diesem Kapitel werden themenspezifische, pflegerische Massnahmen beschrieben, die sich auf die geschilderten Probleme in Kapitel 4.1 und 4.2 beziehen. Es werden dabei relevante Fakten aufgezeigt, die der Diskussion zur Entscheidungsfindung der in dieser Arbeit gestellten Frage, ob alle alten Patienten beim Eintritt auf die Notfallstation in ein Bett gebettet werden sollen, dienen.

4.3.1 Vertrauensbildende Massnahmen

Für die Pflegefachperson auf der Notfallstation ist es eine echte Herausforderung, einem eintretenden alten Patienten mit all seinen Bedürfnissen, wie in Kapitel 4.1 beschrieben, gerecht zu werden. Die Arbeitsstruktur und der Rhythmus der Notfallstation entsprechen in keiner Weise dem Lebensrhythmus alter Menschen. Die Notfallstation muss primär eine sofortige

Erstversorgung akut erkrankter oder verunfallter Patienten gewährleisten und ist daher weniger auf altersgerechte Betreuung ausgerichtet.

Der erste Eindruck der Pflegefachperson auf den Patienten ist, wie bei einem regulären Eintritt, auch bei einem notfallmässigen Eintritt von entscheidender Bedeutung. Ein ausgeglichenes, sicheres und ruhiges Auftreten der Pflegefachperson empfinden Patienten als vertrauensfördernd (Smoliner 2002, S. 44). Erst wenn der Patient zur Pflegefachperson Vertrauen empfindet, sich sicher fühlt und die Gewissheit spürt, dass das Beste für ihn getan wird, ist die Voraussetzung für eine konstruktive Zusammenarbeit gegeben (Smoliner 2002, S. 57). Um Vertrauen zu schaffen, soll wenn möglich in einem Erstgespräch mit dem alten Patienten einen Bezug zu seinem Leben, seinen Erfahrungen und Ressourcen hergestellt werden. Im Gespräch können auch Wünsche und Ängste erfasst, sowie Informationen über Religiosität eingeholt werden, welche helfen könnten, gewünschte oder notwendige Rituale zu organisieren. Pflegefachpersonen müssen dabei die Antworten des Patienten aufmerksam wahrnehmen und gleichzeitig seine Sprache und Möglichkeiten erfassen, um dann in dieser für ihn verständlichen Sprache und Geschwindigkeit zu antworten (Buchholz & Schürenberg 2005, S. 255). Ablenkende und störende Einflüsse sind, wenn immer möglich, auszuschalten.

Es gibt Patienten, die offene Gespräche zulassen und gerne über ihre Ängste und Sorgen sprechen. Pflegefachpersonen müssen aber auch die Haltung jener Patienten akzeptieren, die ihre Gedanken und Nöte nicht gerne gegenüber Dritten äussern (Gandon 2006, S. 28). Viele alte Patienten haben zudem Angst, ihre Autonomie zu verlieren (siehe Kapitel 4.1). Eine Pflegefachperson, die mit dem alten Patienten eine Beziehung eingeht, die von Achtung, Respekt und Menschlichkeit geprägt ist und ihn als gleichwertigen Partner betrachtet, wird dafür sorgen, dass der Patient eine gewisse Autonomie behalten kann. Sie nimmt seine Äusserungen ernst, informiert den alten Patienten über seine Wahlmöglichkeiten zum Beispiel über die Wahl Liege oder Bett, und sucht mit ihm einen Weg, der seine Bedürfnisse und diejenigen der Umgebung berücksichtigt. Wichtig ist dabei, dass der getroffene Entscheid anschliessend zuhanden anderer, an der Pflege Beteiligten, dokumentiert wird (SBK Qualitätsnormen 2007, S. 8).

4.3.2 Sturzprophylaxe

Um dem alten Patienten die Angst, vom Bett oder von der Liege zu stürzen, zu nehmen, können verschiedene Massnahmen ergriffen werden. In der Praxis zeigt sich, dass es oft reicht, das Bett, beziehungsweise die Liege, an eine Wand zu schieben. Im Einverständnis mit dem Patienten können beim Bett zusätzlich Seitenwände montiert, oder bei der Liege die Seitenwände hochgeklappt werden. Klingel und Lichtschalter müssen in Reichweite des Patienten zur Verfügung stehen, so dass sich der Patient jederzeit bei Wünschen oder Problemen mel-

den kann, ohne aufstehen zu müssen (Berning 2007, S. 127). Dies gilt ebenso für weitere Utensilien wie zum Beispiel Brille, Hörgerät, Taschentücher, und Trinkbecher.

4.3.3 Sinneswahrnehmung fördern, Orientierungshilfe geben

Die sensorischen Veränderungen, die mit dem Älterwerden oft einhergehen, und die durch einen plötzlichen Ortswechsel oft auftretende verminderte Orientierungsfähigkeit, erfordert eine gute und verständliche Lesbarkeit von Umwelt- und Situationsbedingungen. Dies auch, weil laut Zimprich (2004, S. 296) mit zunehmendem Alter Leistungsrückgänge in kognitiven Fähigkeiten auftreten. Er unterscheidet zwischen fluiden kognitiven und kristallinen kognitiven Fähigkeiten. Die fluiden kognitiven Fähigkeiten, die erforderlich sind um sich neues Wissen anzueignen, nehmen im Alter deutlich ab. Bei den kristallinen kognitiven Fähigkeiten, die im Zusammenhang mit dem Abruf von bereits vorhandenem Wissen von Bedeutung sind, kommt es erst später zu einem Leistungsrückgang. Dies bedeutet, dass, wenn immer möglich, auf bereits vorhandenes Wissen zurückgegriffen werden soll. Im Gespräch kann die Pflegefachperson herausfinden, wo und wann der alte Patient schon im Spital war und ihn dort mit seinem Wissen abholen. Alles, was der Patient kennt, hilft ihm sich in der Situation zurechtzufinden. So gesehen ist ihm auch ein Bett vertrauter als eine Liege. Unter Umständen hilft es ihm zusätzlich, wenn das Bett wie zu Hause an eine Wand grenzt und auch der Nachttisch auf der für ihn gewohnten Seite steht. Von besonderer Bedeutung ist das Verabreichen von genügend Schmerzmitteln. Werden die Schmerzen reduziert, reduziert sich auch der Stress, der Patient wird ruhiger und kann sich besser orientieren.

Zur Prophylaxe einer akuten Verwirrtheit zählen alle Massnahmen, die die Wahrnehmung des Patienten sichern und fördern. Vorhandene Brillen und Hörgeräte sind auf ihre Funktionstüchtigkeit zu überprüfen und zu reinigen. Bei grauem und grünem Star schlagen Buchholz & Schürenberg (2005, S. 234-235) vor, für Farbkontraste zu sorgen. Intensive Farben, klare Formen und grosse Buchstaben helfen dem Patienten, sich visuell zu orientieren. Viel indirektes, helles Licht unterstützen dies ebenso.

Bei Hörproblemen empfehlen Buchholz & Schürenberg (2005, S. 237), nicht zu flüstern, deutlich zu sprechen und Konsonanten zu akzentuieren. Es ist zudem hilfreich, sichtbar, das heisst, dem Patienten zugewandt und mit Gestik und Mimik zu sprechen, so dass auch ein „Lesen“ von den Lippen möglich ist. Dabei gilt es, eine angemessene Distanz zum Patienten einzunehmen. Hinter- und Nebengeräusche sind, soweit möglich, zu reduzieren.

Zeitliche Orientierungshilfen können laut Berning (2007, S. 148) grosse Uhren, Kalender mit grossen Zahlen oder ein Zimmer mit Fenster für den Tag/Nacht-Rhythmus sein. Zur örtlichen Orientierung helfen laut Berning (2007, S. 149) deutlich gekennzeichnete Zimmer oder Kojen, ein Bild vom Spital oder der Stadt, in der das Spital steht. Grundsätzlich, so Berning (2007, S. 149), ist weniger mehr, was die Dekoration eines Zimmers oder einer Koje betrifft. Damit sich

der Patient persönlich besser orientieren kann, rät Berning (2007, S. 149), den Patienten immer mit dem Namen anzusprechen und wenn möglich eine ihm vertraute Bezugsperson in der Nähe zu lassen. Im Weiteren empfiehlt er Bezugspflege und Vermeidung einer „Grossvisite“. Helfen würde auch, wenn der Patient seine eigenen Kleider tragen oder sich in einem Spiegel betrachten kann.

Schaperdoth & Lunau (2006, S. 75) zitieren aus Bienstein; Schröder; Braun & Neander (1997), dass bei längerer Anwendung einer ausgeprägten Weichlagerung ein Wahrnehmungsverlust des Körperschemas auftreten kann. Darum unterstreicht Berning (2007, S. 53), dass bei einer Superweichlagerung im Rahmen einer Dekubitusprophylaxe, siehe Kapitel 4.3.4, nicht vergessen werden darf, dass diese Lagerungsform arm an taktilen Reizen sei. Sie erschwert die Lagebestimmung des Körpers und seiner Gliedmasse und kann so zu einer gestörten Körperwahrnehmung führen.

Als situative Orientierungshilfe nennt Berning (2007, S. 150) eine allgemein verständliche Sprache. Dabei sei wichtig, dass immer nachgefragt werde, ob das Gesagte verstanden wurde. Gleichzeitig müsse, so Berning (2007, S. 150) auf Signale geachtet werden, die auf Unverständnis deuten. Weiter gelte es, nur wenig Information auf einmal zu geben und das Wichtigste nochmals zu wiederholen. Auch die Privatsphäre sei zu respektieren. Dies gelte insbesondere auch für die Schamgrenze, was heisst, dass ein Patient nie ganz abgedeckt im Bett oder auf der Liege liegen soll. Ausserdem soll seine Situation nicht bagatellisiert werden.

Im Zusammenhang mit akuter Verwirrtheit sei hier noch auf den „Mini Mental Status“-Test hingewiesen (Eigenmann; Leventhal; Müller; Stanga & Stuck 2007). Anhand der Testresultate werden entsprechende Interventionen eingeleitet. Erwähnenswert sind betreffend der dieser Arbeit zu Grunde liegenden Frage, ob alle alten Patienten beim Eintritt auf die Notfallstation in ein Bett gebettet werden sollen, folgende zwei Punkte, die bei akut verwirrten Patienten in Betracht gezogen werden:

- Eine Umgebung schaffen, die beruhigt, zum Beispiel mit einem Duvet.
- Unter Umständen zwei Betten nebeneinander stellen.

Eigenmann et al. (2007) weisen weiter darauf hin, dass eine Reorientierung in der akuten Phase nicht krampfhaft erzwungen werden soll. Das heisst, dass es nicht ein Ziel sein soll, einen bereits verwirrten Patient im Gespräch so schnell wie möglich „zur Vernunft“ zu bringen.

4.3.4 Dekubitusprophylaxe

Zu den zentralen Aufgaben der Pflege gehört die Vermeidung von Dekubitus. Eine Studie von Gehrlach; Otzen; Küttel; Heller & Lerchner (2008) in 51 Schweizer Akutspitäler zeigt auf, dass sich ein Handlungsbedarf in Bezug auf Qualitätsverbesserungen ableiten lässt trotz einer relativ niedrigen Dekubitusinzidenzrate im Vergleich mit internationalen Zahlen.

Laut Schaperdoth & Lunau (2006, S. 73) ist die maximale Druckentlastung der gefährdeten Körperstelle oberstes Gebot. Dies kann durch aktive Mikro- und Makrobewegungen geschehen, die der Patient auf der Liege oder im Bett selbständig durchführen kann. Der Körperschwerpunkt kann nur schon durchs Aufstellen der Beine bei angewinkelten Knien und dem Strecken der Arme bei gefalteten Händen verändert werden (Bering 2007, S. 36). Sogar während dem Schlaf nimmt der Mensch etwa alle fünf Minuten kaum wahrnehmbare Positionsveränderungen vor. Patienten mit einem hohen Dekubitusrisiko (siehe Kapitel 4.2.4), bewegen sich im Schlaf zwei bis 20mal, wohingegen Patienten mit geringem Risiko im gleichen Zeitraum 110 bis 225 Bewegungen durchführen (Lippert 2001, S. 127). Die Pflegefachperson kann den liegenden Patienten, wenn es sein Zustand erlaubt und er über eine Eigenbeweglichkeit verfügt, auffordern oder zumindest ermuntern, kleine Bewegungen auszuführen. Wenn dies nicht möglich ist, steigt das Risiko einer Dekubitusentstehung sehr rasch an, ganz besonders, wenn der Patient auf einer harten Unterlage liegt. Der Auflagedruck pflanzt sich durch die Haut fort und komprimiert die Blutgefäße, die das umliegende Hautareal mit Sauerstoff und Nährstoffen versorgen (siehe Kapitel 4.3.2). Die Druckverweildauer darf zwei Stunden nicht überschreiten, wenn der Patient auf einer normalen Spitalmatratze liegt (Seiler & Stähelin 2007, S. 9). Liegt er auf einer dünnen, harten Matratze einer Liege, liegt die maximale Druckverweilzeit deutlich unter zwei Stunden. Es kann sein, dass die Hautdurchblutung zum Beispiel bei einer vorbestehenden Ischämie vermindert ist. Viele Patienten treten mit einer Hautischämie infolge Herzinsuffizienz, Fieber, Hypovolämie, Schock, Anämie oder respiratorischer Insuffizienz auf der Notfallstation ein. Auch bei diesen Patienten liegt die tolerierte Druckverweilzeit tiefer als zwei Stunden.

Während es laut Seiler & Stähelin (2007, S. 9) die Aufgabe des Arztes ist, durch eine adäquate medizinische Behandlung eine Verbesserung der Sauerstoffzufuhr zu den Hautzellen zu sorgen, obliegt es der Pflegefachperson, die Druckverweilzeit und die Druckwirkung beim Patienten zu vermindern. Indem der Patient statt auf einer Liege in ein Bett gebettet wird, verbessert sich die Situation bereits, das heisst, es gilt jetzt die Druckverweilzeit von zwei Stunden. Wählt die Pflegefachperson gar ein Bett mit einer Superweichmatratze kann der Patient durchaus mehr als zwei Stunden in der gleichen Lage verweilen, ohne dass sich ein Dekubitus bildet (Seiler & Stähelin 2007, S. 9).

Hammer (2004, S. 268) empfiehlt folgende Massnahmen zur Dekubitusprophylaxe:

- „- Druckentlastung gefährdeter Körperstellen und Verminderung von Schub- und Scherkräften durch Lagerung,
 - Druckentlastung durch Mobilisation,
 - Massnahmen der speziellen Hautpflege und
 - Erhalt beziehungsweise Wiederherstellung eines guten Ernährungszustandes“ (Hammer 2004, S. 268).
-

Eine optimale Druckentlastung geschieht durch eine Lagerung auf einer Superweichmatratze. Das Ziel ist, die Auflagefläche bei einer Weichlagerung zu vergrössern und dadurch die Druckeinwirkung auf das Gewebe wirksam zu reduzieren. Wer mit dem Zeigefinger auf einen Bleistiftspitz drückt, empfindet mehr Schmerzen, als wenn er auf das breite Ende des Bleistifts drückt (Hammer 2004, S. 271). Je weicher die Matratze ist, umso besser ist die Versorgung mit Sauerstoff und Nährstoffen des Hautareals an der Auflagefläche und umso effizienter ist die prophylaktische Wirkung der Matratze (siehe Kapitel 3.3). Da sich der Weichheitsgrad einer Matratze nicht unbegrenzt steigern lässt, müssen Hochrisikopatienten immer noch zusätzlich zweistündlich am besten in die 30°-Seitenlage rechts und links umgelagert werden (Seiler & Stähelin 2007, S. 10-12). Als weitere Möglichkeit bietet sich eine Wechseldruckmatratze an. Laut NICE (2004, S. 38) gibt es noch keine Forschungsevidenz, die belegt, dass die hoch technisierte Druckentlastungs-Matratze wirksamer ist als die hochspezifische viskoelastische Schaumstoffmatratze. Die prophylaktische Wirkung bei der Benützung einer viskoelastischen Matratze belegt indes eine Studie von Hampton & Collins (2005). NICE (2004, S. 36) fordert, dass alle als gefährdet eingestuft Patienten mindestens auf eine viskoelastische Schaumstoff-Matratze gebettet werden. In der NICE Clinical Guideline B (2005, S. 3) wird weiter darauf hingewiesen, dass Hilfsmittel wie wassergefüllte Handschuhe, synthetisches und echtes Schaffell oder kreisförmige Hilfsmittel zur Druckentlastung nicht angewendet werden sollen.

Wie im Kapitel 4.3.3 erwähnt, belegen Studien, dass Weichlagerungen die Selbstwahrnehmung und die Spontanbewegungen des Patienten beeinträchtigen. Dem stimmt auch Berning (2007, S. 42) zu. Aus diesem Grund ist bei Patienten, die noch über eigene Bewegungsressourcen verfügen, die Förderung der Eigenbewegung einer Weichlagerung vorzuziehen.

Eine gute Hautpflege ist bei der Dekubitusprophylaxe eine weitere wichtige Massnahme. Die Pflegefachperson kann mit der richtigen Pflege der Haut die Gewebetoleranz fördern oder erhalten. Zur Hautreinigung wird am bestens klares Wasser ohne Waschzusätze verwendet. Bei starker Verschmutzung ist ein Produkt mit dem pH-Wert in einem schwach sauren Bereich zu wählen, das kein Desinfektionsmittel enthält (Schaperdoth & Lunau 2006, S. 75-76). Die alternde Haut ist zudem wegen der verminderten Schweiß- und Talgproduktion eher trocken (Hammer 2004, S. 275). W/O-Präparate wie Bepanthen Lotion sorgen für einen pflegenden Ölfilm über der Haut (Schaperdoth & Lunau 2006, S. 76). Berning (2007, S.43-44) warnt vor der Verwendung von Salben und Cremes, die die Hautporen verstopfen und den Wärmeausgleich verhindern wie zum Beispiel Vaseline. Ausserdem soll Franzbranntwein nicht verwendet werden, weil dieses alkoholhaltige Produkt die Haut entfettet und es in der Folge leichter zu Rissen kommt.

Der, von Hammer (2004, S. 275) als weitere Dekubitusmassnahme genannte Erhalt, beziehungsweise die Wiederherstellung eines guten Ernährungszustandes, ist in Bezug auf die

Fragestellung dieser Arbeit primär nicht relevant. Entsprechend wird darauf nicht näher eingegangen.

Interessierte finden im Anhang dieser Arbeit den Dekubitusstandard des Inselspitals Bern.

4.4 Ökonomische und ökologische Aspekte

4.4.1 Ökonomische Aspekte

Nicht immer haben Pflegefachpersonen die Wahl zwischen einer Liege und einem Bett. Patienten, die in den Schockraum eintreten, werden „automatisch“ auf eine Liege, oder in der medizinischen Akutkoje in ein Bett gebettet. Zudem gibt es auf der medizinischen und der chirurgischen Notfallbettenstation je einen Platz, der für ein Bett zu klein bemessen ist. Auf der chirurgischen Notfallstation besteht die Möglichkeit, auf jeden Platz ein Bett zu stellen. In zwei Kojen ist der freie Platz neben einem Bett jedoch sehr beschränkt und beeinträchtigt ein zügiges Vorankommen für die Pflege und die Therapie. Darum werden in diesen beiden Kojen die viel schmaleren Liegen von Pflegefachpersonen bevorzugt.

Auf der Notfallstation werden sehr viele Patienten während ihrem Aufenthalt zwecks weiterer Abklärung auf Verordnung des Arztes von der Röntgenabteilung für eine Bildgebung aufgeboten. Auf der chirurgischen Notfallstation werden die Patienten zum Röntgen vom Röntgenpersonal selber geholt und zurückgebracht. Dies gilt nicht für eine Computertomographie-Bildgebung. In diesem Fall wird der Hin- und Rücktransport der Patienten vom Pflorgeteam übernommen. Auf der medizinischen Notfallstation ist das Bringen und Holen zu oder von der Untersuchung im Röntgenraum ausnahmslos Aufgabe des Pflgeteams. Liegt der Patient auf einer Liege, ist der Transport für eine Person leicht alleine zu bewerkstelligen. Im Gegensatz dazu werden Patienten im Bett zu zweit transportiert. Liegen viele Patienten in Betten, kann dies bei grossem Arbeitsanfall kurzzeitig zu einem personellen Engpass führen und dadurch zu einer zeitlichen Verzögerung in der Behandlungspflege.

Nachforschungen bei einer Leistungserfasserin der Notfallstation haben ergeben, dass für den Patienten keine Mehrkosten für die Benützung eines Bettes anstatt einer Liege entstehen. Jedes Bett oder allenfalls ausnahmsweise eine Liege, die von der Bettenzentrale auf die Notfallstation gebracht wird, wird der Notfall-Kostenstelle verrechnet. Erfolgt die Reinigung einer Liege auf der Station, was die Regel ist, laufen für die Notfall-Kostenstelle keine Kosten auf. Der Patient zahlt nach Tarmed-Kriterien. Dabei spielt es keine Rolle, ob der Patient ein Bett oder eine Liege benutzt hat.

Die folgenden Angaben zu den ökonomischen Aspekten stammen von den Verantwortlichen der Bettenzentrale und der Wäschereiversorgung¹² des Inselspitals Bern.

¹² Die Kosten für die Wäsche setzen sich seit 35 Jahren aus dem Waschpreis, dem Leasingzuschlag für die Wäschebeschaffung und die Lagerung (die Wäsche ist nicht Eigentum des Inselspitals) und der Dienstleistung (die Wäsche wird auf die Abteilung gebracht und in die Schränke versorgt) zusammen.

Berechnung der Kosten für die Bereitstellung einer Liege:

Normalerweise wird die Wäsche der Liege auf der Notfallstation abgezogen, der Plastikbezug der Matratze mit Ethanol 70% abgerieben und die Liege wieder mit frischer Wäsche bezogen. Der zeitliche Aufwand beträgt dafür fünf Minuten. Ist die Liege sehr stark verschmutzt, wird sie zur Reinigung in die Bettenzentrale gebracht.

- Kostenzusammenstellung auf der Notfallstation:

Die Kosten für die Bereitstellung einer Liege setzt sich aus den Kosten für die Wäsche Fr. 5.29, ein paar Rappen für das Reinigungsmittel und die fünf Minuten Arbeitszeit einer Pflegeassistentin zusammen.

- Kostenzusammenstellung in der Bettenzentrale:

Reinigung Liege:	Fr.21.70
Wäsche	<u>Fr. 5.29</u>
Total:	Fr.26.99

Zusätzliche Häckeldecke für den Fall, dass der Patient friert: Fr. 3.19

Berechnung der Kosten für die Bereitstellung eines Bettes:

Das Bett bringt die Pflegeassistentin von der Station in die Bettenzentrale, nachdem sie die schmutzige Wäsche in den dafür bestimmten Sack versorgt hat. Der zeitliche Aufwand beträgt dafür mindestens zwölf Minuten, je nachdem, wie schnell der Bettenlift zur Verfügung steht. Die gereinigten und mit frischer Wäsche versehenen Betten werden vom Transportdienst auf die Notfallstation zurück gebracht.

- Kostenzusammenstellung in der Bettenzentrale:

Reinigung Bett:	Fr.66.40
Wäsche:	<u>Fr.11.75</u>
Total:	Fr.78.15

Diese Gegenüberstellung zeigt, dass gewöhnlich die Bereitstellung eines Bettes ungefähr Fr. 70.-- teurer ist, als die Bereitstellung einer Liege. Wird die Liege ausnahmsweise in der Bettenzentrale gereinigt, beträgt der Unterschied noch Fr. 51.16.

4.4.2 Ökologische Aspekte

Genaue ökologische Berechnungen sind im Umfang dieser Arbeit nicht möglich. Es ist aber offensichtlich, dass die Benützung einer Liege ökologisch gesehen sinnvoller ist. Im Gegensatz zu einem Bett braucht es für eine Liege schätzungsweise halb soviel Wäsche. Das heisst, dass für die Reinigung halb soviel Energie, halb soviel Wasser und halb soviel Waschpulver, das unsere Gewässer belastet, benötigt wird. Auch die Reinigung einer Liege, die auf der Notfallstation durchgeführt wird, ist wesentlich umweltfreundlicher als die Reinigung eines

Bettes. Das benötigte Desinfektionsmittel und der Lappen sind in Anbetracht des Reinigungsvorgangs eines Bettes in der Bettenzentrale kaum erwähnenswert.

4.5 Ethische Aspekte

In den medizinisch-ethischen Richtlinien und Empfehlungen (SAMW 2006, S. 5) steht, dass ältere, pflegebedürftige Menschen Anspruch auf eine angemessene Behandlung und Betreuung bis an ihr Lebensende haben. Es gilt auch der Grundsatz, so SAMW (2006, S. 7), dass für alle Menschen der Anspruch auf Respektierung der Menschenwürde und der Autonomie uneingeschränkt gilt. Unter Kapitel 4.1 (SAMW 2006, S. 11), Gesundheitsförderung und Prävention, ist zu lesen, dass es unter anderem auch die Aufgabe der Pflegefachperson ist, den alten Patienten Massnahmen vorzuschlagen und zu ermöglichen, die ihnen erlauben, ihre physischen, psychischen und sozialen Kompetenzen und Ressourcen zu erhalten und/oder zu fördern. Es wird darauf hingewiesen, dass besonders ältere Patienten häufig bestimmten Risiken, wie zum Beispiel Dekubitus, ausgesetzt sind. „Es ist ärztliche, pflegerische und therapeutische Aufgabe, diese frühzeitig zu erkennen und, nach Information und Zustimmung der älteren Person, die zweckmässigen präventiven Massnahmen zu ergreifen“ (SAMW 2006, S. 11). Seiler & Stähelin (2007, S. 10) schreiben, dass es unverantwortlich wäre, Risikopatienten auf eine normale Spitalmatratze eines Bettes zu betten, ohne sie häufig genug, das heisst mindestens alle zwei Stunden, umzubetten. Die Möglichkeit, einen gefährdeten Patienten auf eine Liege zu betten, wird gar nicht in Erwägung gezogen.

Menschen haben schon immer über die moralische Dimension ihres Handelns im beruflichen Kontext nachgedacht – so auch in der Pflege (SBK Ethik 2006, S. 9). Die angewandte Ethik bedient sich im Wesentlichen der ethischen Prinzipien: „Autonomie“, „Gutes tun“, „Nicht-Schaden“ und „Gerechtigkeit“. Auf die Frage, ob ein alter Patient auf der Notfallstation auf eine Liege oder in ein Bett gebettet werden soll, würde die ethische Antwort in Bezug auf das Prinzip „Autonomie“ für die Pflegefachfrau heissen: Den alten Patienten in verständlicher Weise über seine Lagerungsmöglichkeiten mit Vor- und Nachteilen informieren und ihn an der Entscheidung, ob Liege oder Bett, teilhaben lassen (SBK Ethik 2006, S. 11).

Das Prinzip „Gutes tun“ heisst laut SBK Ethik (2006, S. 13), dem anderen das zu gewähren, was ihm gut tut und ihm nützt. Dies verpflichtet die Pflegefachperson, die Interessen, das Leben, die Sicherheit und die Gesundheit des Patienten zu schützen und zu verteidigen. In Bezug auf die Frage, ob Bett oder Liege für einen Patienten gewählt werden soll, kann die Antwort hier lauten: Unter Abwägung der Risiken und des Nutzens, der Kosten und der Zweckmässigkeit (siehe auch Kapitel 4.4), muss dem Patienten unter der Berücksichtigung der neusten Erkenntnisse der Forschung die bestmögliche Pflege ermöglicht (SBK Ethik 2006, S. 13-14) und in diesem Kontext die Entscheidung für die Liege oder das Bett getroffen werden.

Das Prinzip „Nicht-Schaden“ meint gemäss SBK Ethik (2006, S. 15) die Fähigkeit, auf Grund der neusten Erkenntnisse in der Forschung mögliche Risiken in der Pflege zu erkennen, zu mindern oder zu vermeiden (siehe auch Kapitel 1.1). Das heisst für die Pflegefachperson, dass sie potentielle Gefahren erkennen und die Risiken eines physischen oder psychischen Schadens, der bei der Ausübung der Pflege entstehen könnte, so gering wie möglich halten muss. Der maximale Nutzen und minimale Risiken müssen in die Überlegungen für die Entscheidungsfindung einfließen. Die Pflegefachperson ist also angehalten, der Prävention und der Behandlung von vermeidbaren Schmerzen und Leiden besondere Beachtung zu schenken (SBK Ethik 2006, S. 16). Diese Überlegung mag mitentscheidend sein bei der Beantwortung der Frage, ob alte Patienten generell bei Eintritt auf die Notfallstation auf eine Liege oder in ein Bett gebettet werden sollen.

Das Prinzip „Gerechtigkeit“ beinhaltet für die Pflegefachperson die Pflicht, die Ressourcen gerecht zu verteilen und jeden Patienten seinen Bedürfnissen entsprechend zu behandeln. Es geht unter anderem darum, auf die Wünsche des Patienten im Rahmen dessen, was Pflegefachpersonen oder die Pflegeeinrichtung vernünftigerweise bieten können, einzugehen (SBK Ethik 2006, S. 19-20).

Abschliessend kann gesagt werden, dass jede Entscheidung, die einen anderen Menschen betrifft, ethische Dimensionen hat. Darum verlangt jede Entscheidung eine sorgfältige Abwägung aller oben erwähnten Argumente. Nur so kann letztlich ein professioneller Entscheid getroffen werden, der auch moralisch kompetent begründet werden kann (SBK Ethik 2006, S. 26).

5. DATENERHEBUNG

Die Aufenthaltsdauer der über 80-jährigen Patienten auf der medizinischen und chirurgischen Notfallstation des Inselspitals Bern im Februar 2008 ist in den folgenden zwei Tabellen ersichtlich. Die Daten ergeben sich aus den dokumentierten Eintritts- und Austrittszeiten, beziehungsweise der Zeit der Weiterverlegung auf eine andere interne Station oder in eine andere Institution.

Ausgeschlossen von der Datenerhebung sind Patienten, die schwerstkrank oder schwerstverletzt direkt in den Schockraum eingetreten sind und alle HNO-Patienten, die in einer separaten Koje auf einem speziellen Stuhl behandelt werden.

Tab. 1¹³: Aufenthaltsdauer der über 80-jährigen Patienten auf der medizinischen Notfallstation des Inselspitals Bern im Februar 2008:

Zeithorizont	<2h	2-4h	4-6h	6-8h	8-10h	10-12h	>12h	Total
ambulante Patienten	2	4	5	5	4	3	2	25
stationäre Patienten	5	14	15	8	0	1	3	46
Total	7	18	20	13	4	4	5	71

Tab. 2¹³: Aufenthaltsdauer der über 80-jährigen Patienten auf der chirurgischen Notfallstation des Inselspitals Bern im Februar 2008:

Zeithorizont	<2h	2-4h	4-6h	6-8h	8-10h	10-12h	>12h	Total
ambulante Patienten	9	9	0	2	0	1	2	23
stationäre Patienten	14	13	3	1	1	0	2	34
Total	23	22	3	3	1	1	5	57

Im Zusammenhang mit dieser Arbeit ist es interessant die Daten vor und nach der Aufenthaltsdauer von zwei Stunden anzuschauen. Diese Daten sind in Bezug auf die Aussage von Seiler & Stähelin (2007, S. 9) relevant, wonach innere Gewebeschädigungen bereits nach zwei Stunden Liegen auf einer harten Unterlage auftreten können.

¹³ Tab. 1+2 erstellt durch die Autorin

Aus der Tabelle 1 ist zu lesen, dass von den insgesamt 71 über 80-jährigen Patienten auf der medizinischen Notfallstation gerade mal sieben innerhalb der ersten zwei Stunden die Notfallstation verlassen haben. Davon sind fünf Patienten verlegt und nur zwei Patienten ambulant entlassen worden.

Auf der chirurgischen Notfallstation haben von den insgesamt 57 Patienten vor dem Ablauf von zwei Stunden 23 Patienten die Notfallstation verlassen, davon neun ambulant (siehe Tabelle 2).

Alle Patienten, die intern verlegt werden, werden in einem Bett auf die Zielklinik gebracht. Externe Verlegungen erfolgen je nach Gesundheitszustand privat, mit dem Taxi oder mit der Ambulanz.

Für Interessierte ist die gleiche Datenerhebung zur selben Zeit auch für 65- bis 80-jährige Patienten gemacht worden und steht im Anhang dieser Arbeit zur Einsicht zur Verfügung.

6. DISKUSSION

Die Liege oder das Bett ist für den Patienten während seinem Spitalaufenthalt der Platz, der ihm alleine gehört. Es ist der Ort, wo er gepflegt, untersucht und behandelt wird, also Wartezimmer, Behandlungsraum, Schlafstätte, dazu vielleicht Esszimmer, Badezimmer und Toilette in einem. Dies gilt es zu bedenken, wenn über die Frage, ob alle alten Patienten beim Eintritt auf die Notfallstation in ein Bett gebettet werden sollen, diskutiert wird.

In der Literatur sind aussagekräftige Fakten in Bezug auf die Problembeschreibung und Fragestellung gesammelt, ausgewählt und in den Kapiteln 4.1-4.5 bearbeitet worden. Die daraus abgeleiteten Erkenntnisse gilt es zur Entscheidungsfindung gegenseitig abzuwägen.

Sollen alle alten Patienten bei Eintritt auf die Notfallstation in ein Bett gebettet werden?

6.1 Psychologische Fakten

Grundbedürfnisse des alten Patienten, wie jene nach Wohlbefinden und Sicherheit, sprechen für die Wahl eines Bettes. Dies zeigt die Erfahrung in der Praxis und wird auch in der Literatur bestätigt (Tideiksaar 2002, S. 120). So ist die Angst, aus dem Bett zu fallen, kleiner als jene, von der Liege zu stürzen, besonders dann, wenn Pflegefachpersonen vergessen, die Seitenwände der Liege hochzuklappen.

Ein Notfalleintritt ins Spital ist immer eine mit Stress verbundene Situation. Beim Patienten, herausgerissen aus dem Alltag und den täglichen, vertrauten Abläufen, entsteht die Gefahr, die Orientierung zu verlieren bis hin zu Symptomen der akuten Verwirrtheit (Berning 2007, S. 145). Alles, was dem alten Mensch vertraut ist, hilft ihm, sich in dieser Situation besser zu orientieren (Buchholz & Schürenberg 2005, S. 246). Ein Bett leistet aus diesem Grunde diesbezüglich einen besseren Dienst, als eine Liege. In Bezug auf die Wahrnehmung, die wegen den mit dem Alterungsprozess einhergehenden körperlichen und kognitiven Veränderungen eingeschränkt sein kann, gilt zu bedenken, dass das Körpergefühl bei längerem Liegen auf einer Superweichmatratze gestört werden kann (Berning 2007, S. 53). Diese Gefahr besteht nicht beim Liegen auf einer härteren Standard-Matratze und ganz bestimmt nicht beim Liegen auf einer dünnen und somit harten Matratze einer Liege. Zur Unterstützung der körperlichen Wahrnehmung kann folglich gesagt werden, dass nicht das Bett oder die Liege, sondern die Wahl der Matratze massgebend ist.

6.2 Medizinische Fakten

Prophylaktisches Handeln in Bezug auf einen Dekubitus verlangt von der Pflegefachperson nebst Fachwissen vorausschauendes Denken und Handeln. Weil Handlungsbedarf auf den ersten Blick oft nicht erkennbar ist, ist die Notwendigkeit von prophylaktischen Massnahmen

ohne Fachkenntnisse kaum zu begründen. Wie am Anfang der Arbeit beschrieben, treten bereits nach zwei Stunden Liegens auf einer harten Unterlage innere Gewebeschädigungen auf (Seiler & Stähelin 2007, S. 9). Dies bestätigt auch Berning (2007, S. 28-32). Auf Grund dieser Aussage und der Datenerhebung der Aufenthaltsdauer alter Patienten auf der medizinischen Notfallstation vom Februar 2008 wäre die Wahl einer „harten“ Liege nur bei sieben von den insgesamt 71 Patienten auf der medizinischen Notfallstation gerechtfertigt gewesen. Im Vergleich dazu wären es auf der chirurgischen Notfallstation 23 von insgesamt 57 Patienten, denen in Bezug auf die Dekubitusprophylaxe ohne Bedenken eine Liege hätte zugeteilt werden können.

6.3 Ökonomische und ökologische Fakten

Auf Grund der erhaltenen Daten von Fachpersonen der Wäscherei und der Bettenzentrale kann gesagt werden, dass eine Liege für die Wiederaufbereitung rund Fr. 70.-- weniger kostet als ein Bett und auch wesentlich umweltfreundlicher ist, weil weniger Wasser und Reinigungsmittel gebraucht wird.

In der Praxis zeigt sich weiter, dass ein Patiententransport mit einer Liege problemlos mit einer Pflegefachperson getätigt werden kann, wogegen für einen raschen Patiententransport mit einem Bett zwei Pflegefachpersonen benötigt werden.

Diese Tatsachen lassen den Schluss zu, dass bei einer ambulanten Behandlung aus ökonomischen und ökologischen Gründen die Liege einem Bett vorzuziehen ist. Dem gegenüber ist die Wahl eines Bettes für jenen Patienten ökonomisch und ökologisch sinnvoller, der nach der Erstversorgung auf der Notfallstation in einem Bett auf eine andere interne Station verlegt werden muss. Die Umlagerung eines Patienten von der Liege in ein Bett bedeutet unter Umständen einen beachtlichen Zeitaufwand für ein bis zwei Pflegefachpersonen. Auch kann so die Wiederaufbereitung einer Liege gespart werden.

6.4 Ethische Fakten

„Autonomie“, sowohl ein Grundbedürfnis (siehe Kapitel 4.1), als auch ein ethisches Prinzip, verlangt die Mitbestimmung des Patienten bei der Wahl zwischen einer Liege und einem Bett. Dies setzt voraus, dass die Pflegefachperson dem Patienten die nötigen Informationen vermittelt auch in Bezug auf die Kostenfrage. Die Frage, Liege oder Bett, wird demnach individuell in Absprache mit dem Patienten gefällt. Die ethischen Prinzipien „Gutes-tun“, „Nicht-Schaden“ und „Gerechtigkeit“ lassen vorerst offen, ob ein Bett oder eine Liege gewählt wird. Entscheidend ist ein sorgfältiges Abwägen von Nutzen und Risiken, der Kosten und der Zweckmässigkeit durch die Pflegefachperson und der Einbezug des Patientenwunsches (SBK Ethik 2006, S. 11-16).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass aus psychologischer und medizinischer Sicht ein Bett und aus ökonomischer und ökologischer Sicht, je nach dem, ob ein Patient ambulant oder stationär weiter behandelt wird, eine Liege oder ein Bett gewählt werden sollte. Ethische Aspekte verlangen ein sorgfältiges Abwägen von Nutzen, Risiken, Kosten und der Zweckmässigkeit sowie die Mitsprache des Patienten. Professionelle Pflege verlangt heute, sich mit der Individualität, den Ressourcen und den Lebensentwürfen jedes einzelnen Menschen zu beschäftigen (Berning 2007, S. 2). Demzufolge sind Extrempositionen auch in dieser Diskussion zu vermeiden. Auf Grund von Äusserungen vieler Patienten in der Praxis ist zu schliessen, dass das Liegen auf einer Liege mit einer dünnen Matratze über längere Zeit sehr un bequem ist. Wäre die Matratze dicker und weicher, würde das die Befindlichkeit der Patienten bereits deutlich verbessern und gleichzeitig das Problem „Dekubitus“ entschärfen.

7. SCHLUSSFOLGERUNG

Die Diskussion zeigt, dass die Entscheidung für eine Liege oder ein Bett für alte Patienten sorgfältig, unter Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse (Smolinger 2002 und Buchholz & Schürrenberg 2005), der eventuell nötigen prophylaktischen Schritte (Hammer 2004 und Berning 2007), der ökonomischen und ökologischen Aspekte (Gespräche mit Fachpersonen) und der ethischen Prinzipien (SBK Ethik 2006) gefällt werden muss. Dies schliesst eine generell gültige Antwort auf die Frage, ob alle Patienten bei Eintritt auf die Notfallstation in ein Bett gebettet werden sollen, aus. Wenn der Entscheid Liege oder Bett für den alten Patienten individuell gefällt werden soll, bedingt dies ein fundiertes Fachwissen seitens der Pflegefachperson. Aussagekräftige Kriterien werden in dieser Arbeit in den Kapitel 4.1-4.5 aufgezeigt und sollen den Pflegefachpersonen helfen, eine professionelle Entscheidung zu treffen.

Schlussendlich bleibt abzuklären, ob allenfalls auch weichere Matratzen für die Liegen auf der Notfallstation angeschafft werden könnten. Solange sich die heute vorhandenen Matratzen auf den Liegen befinden, ist es Aufgabe der Pflegefachperson, den alten Patienten, wenn es sein Gesundheitszustand erlaubt, wiederholt zum Bewegen der Extremitäten anzuhalten. Laut Berning (2007, S. 36) reicht dies häufig, um die Druckbelastung auch für andere Bereiche des Körpers zu verändern, und somit das Dekubitusrisiko zu senken. Gleichzeitig ist der Patient zu fragen, ob die Seitenwände hochgeklappt werden sollen, damit er sich sicherer fühlen kann und nicht Angst vor einem Sturz von der Liege haben muss.

8. ZIELÜBERPRÜFUNG

Es sind Fakten zur Entscheidungsfindung, ob alle alten Patienten beim Eintritt auf die Notfallstation in ein Bett gebettet werden sollen, gesammelt und analysiert worden. Zusätzlich wurden Daten im Februar 2008 über die Aufenthaltsdauer alter Patienten auf der Notfallstation im Inselspital Bern erhoben, die aufzeigen, dass es sich in Anbetracht der durchschnittlichen Aufenthaltszeit und dem damit verbundenen Dekubitusrisiko durchaus lohnt, sich über die Lagerung der Patienten Gedanken zu machen.

Ich stelle fest, dass eine fundierte Auseinandersetzung mit einer scheinbar einfachen Frage eine komplexe Angelegenheit sein kann. Zu Beginn der Arbeit war ich fest davon überzeugt, dass am Ende die Antwort auf die entscheidende Frage lauten würde: Alle Patienten sollen beim Eintritt auf die Notfallstation in ein Bett gebettet werden. Jetzt stelle ich mit einer gewissen Überraschung fest, dass dies nicht die optimale Lösung sein kann. Ein gezieltes Hinschauen und Wahrnehmen der Bedürfnisse und Ressourcen des eintretenden alten Patienten, das Wissen um sein Recht auf Autonomie sowie das Einbeziehen der ökonomischen und ökologischen Aspekte bedarf jedes Mal von Neuem ein sorgfältiges Abwägen bei der Wahl Liege oder Bett.

Die Arbeit wird auf der Notfallstation zur Einsicht aufgelegt und soll damit als Grundlage für eine intensive Auseinandersetzung mit dem Thema genutzt werden können und zu anregenden Diskussionen unter den Pflegefachpersonen führen.

9. Literaturverzeichnis

- Berning Axel (2007). Prophylaxen in der Pflegepraxis. Risiken sicher einschätzen – Pflegestandards kompetent anwenden. München: Elsevier GmbH
- Bienstein C.; Schröder G.; Braun M. & Neander K.D. (1997). Dekubitus. Stuttgart: Thieme
- Brucker U.; Hutzler D. & Hasseler M. (2004). Prävention vor Pflege. Prävention durch Pflege. Präventive Aufgaben der Pflege. In: Gesundheitswesen 2004; 66. Stuttgart/NewYork: Thieme, S. 311-318
- Buchholz Thomas & Schürenberg Ansgar (2005). Lebensbegleitung alter Menschen. Basale Stimulation in der Pflege alter Menschen. (2. Auflage). Bern: Huber
- Eigenmann Verena; Leventhal Marcia; Müller Thomas; Stanga Zeno & Stuck Andreas (2007). Akute Verwirrheitszustände. Unveröffentlichter Leitfaden für Pflegenden, Ärztinnen und Ärzte am Inselspital Bern, Bern
- Gandon Marianne (2006). Gedanken zu Tod und Sterben im Spital. In: insel*MAGAZIN Zeitschrift für die Mitarbeitenden des Inselspitals. Heft 5, S.28
- Georg Jürgen (2008). Wahlmodul Zeit und Rhythmen. Unveröffentlichte Unterrichtsunterlagen, NDS Pflegeberatung, Bern: Berner Bildungszentrum Pflege
- Gehrlach C.; Otzen I.; Küttel R.; Heller R. & Lerchner M. (2008). Incidence and risk recording of pressure ulcers – Results of quality measurement of the Verein Outcome in Swiss hospitals; Inzidenz und Risikoerfassung von Dekubitus – Ergebnisse einer Qualitätsmessung des Vereins Outcome in Schweizer Akutspitälern.
http://www.medpilot.de/ips?SERVICE=TEMPLATE&SUBSERVICE=MP_SEARCHRES ULTTTDETAILS&SID=MP250:602577318&METAID=7494&DB=SEARCH_MP_HOG_RFE&RECNO=1, [Stand 22.5.2008]
- Hammer Astrid (2004). Dekubitusprophylaxe. In: Lauber Annette & Schmalstieg Petra (Hg.). Prävention und Rehabilitation. Band 4, verstehen & pflegen. Stuttgart: Thieme, S. 258-280
- Hampton Sylvie & Collins Fiona (2005). Reducing pressure ulcer incidence in a long-term setting. In: British Journal of Nursing. Tissue Viability Supplement. Vol 14, No 15, S. 6-12
- Helmchen Hanfried; Kanowski Siegfried & Lauter Hans (2006). Ethik in der Altersmedizin. Mit einem Beitrag zur Pflegeethik von Eva-Maria Neumann. Stuttgart: Kohlhammer
- Höpflinger Francois & Seifert Kurt (2002). Armut im Alter – gibt es das noch? In: Pro Senectute Schweiz (Hg). Alter – Generation mit Zukunft. Antworten zum Thema Alter und Älterwerden. (3. Auflage). Zürich: Pro Senectute Schweiz, S. 14-15
- Huber Martin; Siegel Siglinde Anne; Wächter Claudia & Brandenburg Andrea (2005). Autonomie im Alter. Leben und Altwerden im Pflegeheim – Wie Pflegenden die Autonomie von alten und pflegebedürftigen Menschen fördern. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft
- Kruse Andreas (2007). Das letzte Lebensjahr: Zur körperlichen, psychischen und sozialen Situation des alten Menschen am Ende seines Lebens. Stuttgart: Kohlhammer

- Lippert Hans (2001). Wundatlas. Wunde, Wundbehandlung und Wundheilung. Heidelberg: Barth
- Lüthi Urs (2008). Dem „Eisberg“ auf den Grund gehen. Dekubitus Prophylaxe. In: Krankenpflege. 2/2008, S. 14-15
- Maslow Abraham (1943). Bedürfnispyramide nach Maslow.
http://www.pflegewiki.de/wiki/Bed%C3%BCrfnispyramide_nach_Maslow,
[Stand 14.4.2008]
- NICE, National Institute for Clinical Excellence (2005). Pressure ulcer risk assessment and prevention. INHERITED Clinical Guideline B. London: NICE.
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/clinicalguidelinepressoresoreguidancenice.pdf>,
[Stand 6.5.2008]
- NICE, National Institute for Clinical Excellence (2005). Pressure ulcers – prevention and treatment. Understanding NICE guidance – information for people with pressure ulcers (also known as pressure sores or bed sores) and those at risk of developing pressure ulcers, their families and carers, and the public.
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG029publicinfo.pdf>, [Stand 6.5.2008]
- NICE, National Institute for Clinical Excellence (2004). The use of pressure-relieving devices (beds, mattresses and overlays) for the prevention of pressure ulcers in primary and secondary care.
<http://www.nice.org.org.uk/nicemedia/pdf/cg007fullguideline.pdf>, [Stand 6.5.2008]
- Rehberg Walter (2008). Forschung Altersdiskriminierung.pdf.
<http://www.altersdiskriminierung.ch/index.php?id=35>, [Stand 5.2.2008]
- Rosenmayr Leopold (2004). Zur Philosophie des Alterns. In: Kruse Andreas & Martin Mike (Hg.). Enzyklopädie der Gerontologie. Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht. Bern: Huber, S. 13-28
- Rott Christoph (2004). Demografie des hohen und sehr hohen Alters. In: Kruse Andreas & Martin Mike (Hg.). Enzyklopädie der Gerontologie. Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht. Bern: Huber, S. 51-65
- SAMW Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2006). Behandlung und Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen. Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen. (4. Auflage). Basel: SAMW
- SBK-ASI Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (2003, Nachdruck 2006). Ethik in der Pflegepraxis. Bern: SBK-ASI
- SBK-ASI Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (1992, Nachdruck 2007). Qualitätsnormen für die Pflege und Begleitung von alten Menschen. Bern: SBK-ASI
- Schaperdoth Ellen & Lunau Laura (2006). Dekubital-Ulcus. In: Bostelaar René (Hg.). Wundmanagement in der Klinik. Ein Ratgeber zum Umgang mit chronischen Wunden. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft, S. 69-77
- Seiler Walter O. & Stähelin Hannes B. (2007). Wie Dekubitus entsteht. In: Dekubitus. Separatdruck aus „Krankenpflege“ Nr. 10/93, 1/94 und 6/94, S. 3-7. Abgegeben am Basler Dekubitusseminar vom 27.11.2007
-

- Seiler Walter O. & Stähelin Hannes B. (2007). Wie Dekubitus verhindert werden kann. In: Dekubitus. Separatdruck aus „Krankenpflege“ Nr. 10/93, 1/94 und 6/94, S. 9-14. Abgegeben am Basler Dekubitusseminar vom 27.11.2007
- Smoliner Andrea (2000). „Eine Frage des Vertrauens“. Das Vertrauensentstehen in der pflegerischen Beziehung. In: Haller D. (Hg.). Grounded Theory in der Pflegeforschung. Professionelles Handeln unter der Lupe. Bern: Huber, S. 42-57
- Tideiksaar Rein (2000). Stürze und Sturzprävention. Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von Prof. Dr. Theo Dassen. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Huber
- Zimprich Daniel (2004). Kognitive Leistungsfähigkeit im Alter. In: Kruse Andreas & Martin Mike (Hg.). Enzyklopädie der Gerontologie. Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht. Bern: Huber, S. 289-303

Fachgespräche:

Dossenbach Ingeborg, Leiterin Wäscheversorgung, Inselspital, Bern

Ivanovic Sasa, Verantwortlicher Bettenzentrale, Inselspital, Bern

Suter Anna, Beauftragte Fachstelle Material Pflege, Inselspital, Bern

Witt Maria, Leistungserfasserin, Notfallzentrum, Inselspital, Bern

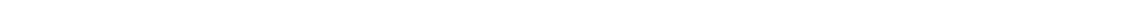
10. Anhang

- I. Pressure ulcers – prevention and treatment. Understanding NICE guidance – information for people with pressure ulcers (also known as pressure sores or bed sores) and those at risk of developing pressure ulcers, their families and carers, and the public. National Institute for Health and Clinical Excellence (2005)
 - II. Pflegestandard Dekubitusprophylaxe und Dekubituspflege, Seiten 1-7. Inselspital Bern (2000)
 - III. Datenerhebung der Aufenthaltsdauer der 65- bis 80-jährigen Patienten auf der medizinischen und chirurgischen Notfallstation des Inselspitals Bern im Februar 2008.
-

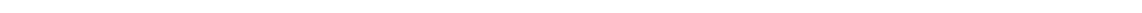
ANHANG I



ANHANG II



ANHANG III



ANHANG III

Tab. 3¹⁴: Aufenthaltsdauer der 65- bis 80-jährigen Patienten auf der medizinischen Notfallstation des Inselspitals Bern im Februar 2008¹⁵:

Zeithorizont	<2h	2-4h	4-6h	6-8h	8-10h	10-12h	>12h	Total
ambulante Patienten	8	16	19	5	7	3	5	63
stationäre Patienten	14	22	38	15	13	1	4	107
Total	22	38	57	20	20	4	9	170

Tab. 4¹⁴: Aufenthaltsdauer der 65- bis 80-jährigen Patienten auf der chirurgischen Notfallstation des Inselspitals Bern im Februar 2008¹⁵:

Zeithorizont	<2h	2-4h	4-6h	6-8h	8-10h	10-12h	>12h	Total
ambulante Patienten	21	16	12	3	0	0	1	53
stationäre Patienten	25	32	13	7	1	0	1	79
Total	46	48	25	10	1	0	2	132

¹⁴ Tab. 3+4 erstellt durch die Autorin

¹⁵ Ausgeschlossen von der Datenerhebung sind Patienten, die schwerstkrank oder schwerstverletzt direkt in den Schockraum eingetreten sind und alle HNO-Patienten, die in einer separaten Koje auf einem speziellen Stuhl behandelt werden.