ABSTRACT TEILPROJEKT 2

„Rumliegen/-sitzen?“: Förderung der Mobilität bei Bewohnern*innen mit Ortsfixierung oder Bettlägerigkeit

Hintergrund

Der Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ beschreibt, dass 3/4 der Heimbewohner*innen Probleme haben, sich fortzubewegen oder sich in liegender Position zu bewegen. Bei 30-40 % der Bewohner*innen, die keine oder geringe kognitive Einbußen haben und bei 50-60 % der Bewohner*innen mit schweren kognitiven Einschränkungen kommt es darüber hinaus innerhalb von 6 Monaten zu einem schleichenden Abbau der Mobilität bis hin zur Bettlägerigkeit und das ohne akutes Krankheitsgeschehen (DNQP 2020). Die renommierte Pflegewissenschaftlerin Zegelin beschäftigte sich bereits vor fast 20 Jahren mit dem Phänomen des „Bettlägerig-werdens“ und entwickelte auf Basis ihrer Studien ein Phasenmodell. Die Betroffenen finden sich dabei immer mehr mit einem Prozess zunehmender Ortsfixierung ab. Das heißt der Bewegungsradius schränkt sich mehr und mehr ein, etwa rund um den Lieblingssessel im Wohnzimmer, in dem irgendwann der Großteil des Tages verbracht wird. In der letzten Phase des Modells „Bettlägerigkeit“ von Zegelin kommt es zu einem Liegen „rund um die Uhr“. Die Betroffenen stehen nicht mehr auf, halten ihr Schicksal für unabwendbar und passen sich mit ihren Ansprüchen an diese Gegebenheiten an. Mit dem Modell der „allmählichen Ortsfixierung“ kann somit sichtbar gemacht werden, wie Menschen zunehmend Einschränkungen erfahren, ihren Bewegungsradius selbst bestimmen zu können und zunehmend an einen Ort fixiert sind, bis hin zur Entwicklung einer Bettlägerigkeit (Zegelin 2005). Im Rahmen des Projektes wird aber davon ausgegangen, dass diese Bettlägerigkeit und Ortsfixierung nicht mit Bewegungsunfähigkeit gleichzusetzen sind. Vielmehr wird angenommen, dass viele Prozesse/Verläufe umkehrbar sind und ein verbesserter Mobilitätsstatus erreicht werden könnte. Beispielsweise können Menschen, die die Hälfte des Tages und mehr im Bett liegen und buchstäblich im Zimmer „verschwinden“, über einen kleinschrittigen Prozess wieder zu einigen Schritten angeregt werden. Hierzu bedarf es eines kontinuierlichen Vorgehens, um die Menschen wieder zur Bewegung zu motivieren und ressourcengerecht zu unterstützen (siehe auch Berger et al. 2022).

Datenerhebung und festgestellte Herausforderungen

Um beurteilen zu können, inwieweit das Phänomen Bettlägerigkeit und Ortsfixierung in einer Einrichtung der stationären Langzeitpflege vorkommt und wie bislang Mobilität und Bewegungsfähigkeit gefördert werden, wurde zu Beginn eine Datenerhebung durchgeführt. Hierfür wurde an mehreren Tagen die Einrichtung besucht, es wurden verschiedene Alltagssituationen beobachtet (z. B. Beschäftigungsangebote, Mahlzeiten), Begehungen der Einrichtung durchgeführt, Interviews mit Bewohner*innen zu Bewegung geführt (z. B. frühere Bewegungsanlässe, aktuelle Wünsche) und Dokumente geprüft.

Es zeigte sich, dass auch in dieser Einrichtung mehrere Menschen als ortsfixiert beschrieben werden müssten, da sie sich kaum bewegen, dies aber durchaus noch könnten. Die fehlende Übung von Bewegung führte aber zu Unsicherheiten, was den Bewegungsumfang weiter reduzierte und außerdem das Sturzrisiko erhöht und eine Versorgungsmentalität befördert. Der Alltag und die Ausstattung der Einrichtung erwiesen sich als wenig bewegungsförderlich. Noch vorhandene Fähigkeiten wie Treppensteigen wurden im Alltag nicht gefördert. Die Bewohner*innen mussten zur Bewegung motiviert werden, es gab wenig Antrieb, sich von sich aus zu bewegen. Obwohl mehrere Personen eine Physiotherapie bekamen, gab es kaum Austausch zwischen Therapeut*innen und Pflegenden, etwa zu Übungen, die auch im Alltag von den Pflegenden initiiert werden könnten oder generell zur durchgeführten Therapie. Bei den verwendeten Mobilitätshilfsmitteln ließen sich häufig Defizite feststellen, in Form von falscher Anpassung und Handling, Defekten sowie der konkreten Auswahl des Hilfsmittels. Für die Bewohner*innen stellten die Einschränkungen der Mobilität eine große Belastung dar. Gleichzeitig wurden die eigenen Bedürfnisse zurückgeschraubt, um den Pflegenden nicht zur Last zu fallen. Im Hinblick auf die Fähigkeiten zur Mobilität zeigte sich, dass die Personen unterschiedliche Bedarfe im Bereich der Erhaltung und Förderung der Mobilität hatten, aber bei allen Personen individuelle Verbesserungsbedarfe in diesem Bereich bestanden. Auch bei Menschen im Sterbeprozess ließ sich teilweise der Wunsch feststellen, sich so weit und so lange wie möglich selbständig versorgen zu können. Auch psychisch erkrankte Personen zeigten die Gefahr einer zunehmenden Ortsfixierung, da sie sich die meiste Zeit im Zimmer aufhielten und nur die Versorgung der Einrichtung (z. B. Mahlzeiten) als Struktur nutzten.

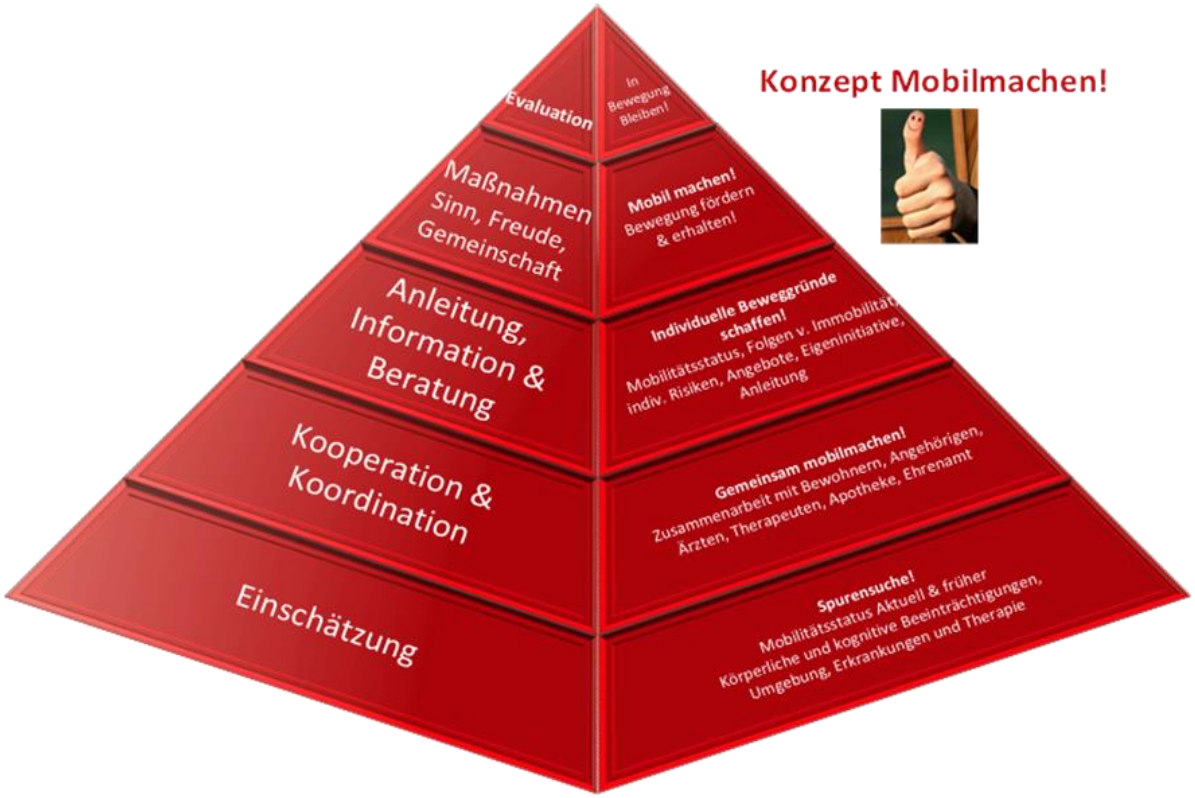
Die festgestellten Verbesserungsbedarfe reichten von der Einschätzung des Mobilitätsstatus über die adressatengerechte Information, Beratung und Anleitung bis hin zur Verbesserung der Kooperation mit Therapeut*innen, Sanitätshäusern sowie Apotheken. Des Weiteren war auch die Initiierung von Maßnahmen (z. B. Einsatz von Hilfsmitteln, Gestaltung einer bewegungsförderlichen und anregenden Umgebung usw.) und die Evaluation von Maßnahmen verbesserungsfähig. Insbesondere sollte der Fokus zukünftig vermehrt auf Menschen mit Bewegungseinschränkungen gelegt werden, die das Risiko haben, eine Ortsfixierung zu entwickeln und damit der Gefahr unterliegen, bettlägerig zu werden oder auf Personen, die bereits bettlägerig sind. Bei den zuletzt genannten Personen zeigte sich großer Handlungsbedarf, insbesondere im Bereich der Umgebungsgestaltung und der Einbindung von sinnstiftenden Maßnahmen in die tägliche Pflege und Betreuung.

Konzeptentwicklung und Umsetzung

Anhand der Datenerhebung, einer Selbsteinschätzung der Einrichtung sowie der Standort- und Zielbestimmung wurde mit Hilfe des Expertenstandards „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ (2020 aktualisiert) gemeinsam mit Mitarbeitenden der Einrichtung ein passendes Konzept zur Mobilitätsförderung erarbeitet. Dieses lässt sich auf alle Bewohner*innen übertragen. Es sollen aber insbesondere Menschen mit dem Risiko einer zunehmenden Ortsfixierung und Bettlägerige in den Blick genommen werden, um eine weitere Immobilisierung zu verhindern bzw. Umkehrprozesse zu initiieren.

Die Abbildung illustriert den Aufbau des Konzeptes „Mobilmachen“, das alle Akteure*innen in den Blick nimmt. Als Basis steht die Einschätzung der Mobilität, also die Frage: was geht noch an Bewegung und wie kann diese durch entsprechend motivierende, sinnstiftende Interventionen gestärkt werden? Mobilität ist dabei häufig mit anderen Motiven positiv verknüpft, wie z. B. dem Gefühl, Gemeinschaft zu erleben, mit anderen Menschen zu interagieren oder auch mit Stressreduktion. Gleichermaßen soll der Blick aber auch darauf gelenkt werden, was Bewegung verhindert, beispielsweise die Angst vor einem Sturz. Auch andere mögliche Gründe, die zur Verhinderung oder Einschränkung von Mobilität führen, werden ermittelt (z. B. Medikamentennebenwirkungen, Schmerzen, unpassende oder fehlende Hilfsmittel etc.). Ein Einschätzungsinstrument zur Erfassung von Mobilitätsressourcen und

Hindernisgründen wurde gemeinsam entwickelt. Wenn es darum geht, individuelle Interventionen anzubieten, sind Zusammenarbeit und Koordination weitere wichtige Elemente der Mobilitätsförderung. Dabei geht es um die Zusammenarbeit und Absprachen im Team (z. B. zwischen Fach- und Hilfskraft), mit Sanitätshäusern (z. B. Auswahl, Anpassung und Reparatur von Hilfsmitteln), mit Apotheken (z. B. Medikamentencheck) und Therapeut*innen (z. B. Information zu durchgeführter Physiotherapie, Rückmeldungen zu Problemen/ Fortschritten, Tipps für den Alltag).



Damit die Maßnahmen zur Mobilitätsförderung auch nachhaltig Erfolg haben können, gilt es die Betroffenen und/oder deren Angehörige entsprechend einzubinden. Durch Information, Beratung und Anleitung können individuelle Beweggründe ermittelt, die Wichtigkeit von Bewegung für die Gesundheit vermittelt und praktische Tipps für den Alltag gegeben werden. Die Maßnahmen können dann auch Gruppenübungen (z. B. Gymnastik, Spaziergänge etc.) und Alltagsaktivitäten (z. B. Bewegung als Teil der Grundpflege, Eindecken des Tisches, Balanceübungen beim Toilettengang) beinhalten. Bei Bettlägerigen und Ortsfixierten gilt es

außerdem über Kurzinterventionen alle Sinne anzuregen und so zur Bewegung zu stimulieren (z. B. visuell durch ansprechende Wandgestaltung, auditiv mit der Lieblingsmusik etc.). Sitzen Personen dauerhaft im Rollstuhl, sollte die selbstständige Fortbewegung gefördert werden (Fußstützen entfernen, trippeln lassen) und kleine, kurze Bewegungen geübt werden (z. B. Aufstehen am Geländer beim Umsetzen, Drei-Schritte-Programm). Regelmäßig erfolgt dann eine Evaluation der durchgeführten Maßnahmen. Es soll überprüft werden, ob der oder die Bewohner*in mit dem jeweiligen Mobilitätsstatus zufrieden ist und ob die vereinbarten Ziele erreicht wurden, bzw. welche Faktoren oder Ereignissen die Zielerreichung verhindert haben. Wenn etwas nicht mehr geht, stellt sich die Frage: Was geht dann?

Evaluation und Fazit

In allen PEBKO Projekten kam es im Zuge der COVID-19 Pandemie zu Verzögerungen, so auch hier. Dennoch ist es gelungen, wesentliche Aspekte des Konzeptes innerhalb der Projektlaufzeit umzusetzen. Dies zeigte sich in der abschließenden Wiederholung der Datenerhebung. Die räumliche Gestaltung der Einrichtung wurde entsprechend der strukturellen Möglichkeiten angepasst und verbessert. Die Flure wurden interessanter gestaltet und sind daher nun eher bewegungsanregend. Zudem wurde eine Bewegungsecke in einem der Wohnzimmer eingerichtet. Verbesserungen bei der Umgebungsgestaltung könnten dabei aber weiter fokussiert werden. Resümiert werden kann außerdem, dass die Alltagsbegleiter*innen und Pflegenden die Bewohner*innen im Gegensatz zur ersten Erhebung immer wieder zur Bewegung motivieren und eine Haltung entwickelt haben, die die Betroffenen dazu ermutigt, mehr Eigenbewegung wahrzunehmen. Bei der täglichen Grundpflege lässt sich ebenfalls ein deutlicher Wandel feststellen, und zwar dahingehend, dass man den Personen nur so viel Hilfe wie nötig zukommen lässt, sie anleitet und es aushält, wenn sie länger Zeit benötigen. Tätigkeiten, die Bewohnern*innen noch selbständig umsetzen können, werden von Pflegenden nach Möglichkeit nicht übernommen. Es konnten außerdem verschiedene Interventionen beobachtet werden wie gymnastische Übungen zwischen und vor den Mahlzeiten, „Radfahren“ mit dem Mini-Fitnessbike, teilweise auch mit dem Gang zum Wohnzimmer (Bewegungsecke) kombiniert, der Einsatz eines hohen Gehwagens und Gehübungen mit dem Rollator, jeweils auch über Teilstrecken und das Anregen selbständiger

Fortbewegung mit dem Rollstuhl (trippelnd und Greifräder bewegend). Auch die Kooperationen mit Sanitätshaus und Apotheke wurden neugestaltet und bieten so die Chance auf Probleme und Herausforderungen bzgl. Hilfsmittel bzw. Medikamente adäquat reagieren zu können.

Es bleibt der Wunsch, dass der eingeschlagene Weg weiter gegangen wird – also alle weiter in Bewegung bleiben! Die gelingt vor allem mit motivierenden Mitarbeitenden, die ihre Arbeit mit Spaß und Humor gestalten und denen es gelingt, den Bewegungsfunken überspringen zu lassen.

Literatur

Berger B, Essig G, Grunert S et al (2022). "Rumliegen/-sitzen?" - Mobilität bei Menschen mit Ortsfixierung oder Bettlägerigkeit. In: Berger B, Graeb F, Essig G, Reiber P, Wolke R (Hrsg) Förderung und Erhaltung der Mobilität in der Pflege alter Menschen. Empfehlungen für die Praxis, 1. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart, S 113–122

DNQP (2020). Expertenstandard nach § 113a SGB XI „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“. 1. Aktualisierung. Osnabrück 2020

Zegelin A (2005). "Festgenagelt sein"- Der Prozess des Bettlägerigwerdens durch allmähliche Ortsfixierung. Pflege 18 (2); S. 281–288