Konzeption einer ressourcenorientierten Pflege (bei Bewohner*innen mit chronisch-neurologischen Erkrankungen)

Hintergrund

Menschen mit chronisch-neurologischen Erkrankungen oder Akuterkrankungen mit neurologischen Folgeschäden sind in der stationären Langzeitpflege häufig anzutreffen. Gemeint sind damit vor allem Bewohner*innen nach einem Apoplex sowie mit Morbus Parkinson oder Multipler Sklerose. Diese Menschen leiden unter anderem häufig unter vergleichbaren Einschränkungen der Mobilität, es kommt im Verlauf zudem oftmals zur Entwicklung einer Mangelernährung, u.a. aufgrund dieser Bewegungseinschränkungen, Schluckstörungen oder Medikamentennebenwirkungen (Burgos et al. 2018). Im Gegensatz zur üblichen Klientel in der stationären Pflege ist in der hier beschriebenen Bewohnergruppe ein relativ hoher Anteil vergleichsweise junger Menschen zu erwarten, die möglicherweise noch über erhebliche physische und kognitive Ressourcen verfügen. Vor allem nach einem Apoplex, bei gleichzeitig relativ geringer Gesamtmorbidität, können diese Menschen nach dem Einzug in eine Pflegeeinrichtung unter Umständen noch vergleichsweise lange dort leben. Aus Beobachtungen im Alltag wird der subjektive Eindruck abgeleitet, dass speziell diese Gruppe nicht auf Basis ihrer eigentlich noch vorhandenen Ressourcen gefördert wird und diese daher nicht erhalten bleiben. Durch eine gezielte Stärkung dieser Ressourcen ließen sich aber möglicherweise Alltagsfähigkeiten, Selbstständigkeit und damit Lebensqualität länger erhalten oder gar verlorene Fähigkeiten wiederherstellen.

Datenerhebung und festgestellte Herausforderungen

Um zu untersuchen, ob die zugrundeliegende These der nicht-ressourcengerechten Pflege zutrifft, worin genau die Probleme, aber auch die Stärken der aktuellen Versorgung liegen, wurde eine erste Datenerhebung über mehrere Tage je Einrichtung durchgeführt. Dafür wurden Begehungen, nicht-teilnehmende Beobachtungen (z. B. von Aktivitätsangeboten, Mahlzeiten), Interviews und zielgerichtete Einschätzungen bei den Bewohner*innen (z. B. zum

Kognitions- oder Mobilitätsstatus) in drei Einrichtungen der stationären Langzeitpflege durchgeführt.

Der Alltag in den besuchten Einrichtungen stellte sich durchgetaktet, überwiegend funktional dar, mit wenig Raum für Flexibilität und spontane Kreativität. Zwischen den Angeboten und Mahlzeiten als tagesstrukturierende Ereignisse, ließen sich immer wieder Phasen geradezu schmerzhafter Langweile in den Wohnbereichen feststellen. In einer Einrichtung führte diese dann auch bei vereinzelten Bewohner*innen zu Unruhe, Nervosität und emotionalen Reaktionen. Auch die Beobachter*innen empfanden diese Phasen als sehr unangenehm, als eine unnatürliche Ruhe, eine peinigende Inaktivität. Dies verstärkte den Eindruck einer institutionell ausgerichteten Tagesstruktur, in der die Tagespunkte nach und nach abgearbeitet werden, ohne eine zugrundeliegende verbindende Logik. Interaktionen und Gespräche zwischen den Bewohner*innen waren selten zu beobachten, was sicherlich auch mit in der enormen Heterogenität der Personen hinsichtlich kognitiver Ressourcen und dadurch auch unterschiedlich ausgeprägten Kontaktfähigkeiten begründet lag. Ein Teil der Bewohner*innen fühlte sich bei den einzelnen Beschäftigungsangeboten dann auch unter-, andere dagegen überfordert.

Beobachtungen im Alltag und speziell bei den Mahlzeiten bestätigten insgesamt die Vermutung einer nicht ressourcenorientierten pflegerischen Unterstützung, wenngleich sich dies zwischen den Einrichtungen oder Wohnbereichen im Detail durchaus unterschiedlich darstellte. Es konnte aber generell eher ein „Rundum-sorglos-Service“ beobachtet werden, also dass mehr von Mitarbeitenden übernommen wurde als eigentlich nötig gewesen wäre. Die Auswahl an Hilfsmitteln zur Mobilität war teilweise nicht nachvollziehbar begründet. Zudem wiesen Rollatoren Beschädigungen auf oder waren nicht korrekt eingestellt. Hilfsmittel zur Unterstützung der selbstständigen Nahrungsaufnahme kamen gar nicht zum Einsatz. Bewegung wurde außerhalb von Therapien und Gruppenaktivitäten nicht angeregt. Gerade im Zusammenhang mit den Aktivitäten Bewegung und Nahrungsaufnahme ließ sich eine nicht ressourcenorientierte Unterstützung beobachten. Es wäre wünschenswert, dass der Alltag weniger funktional gestaltet und personenzentrierte Beschäftigungsangebote mit einer Stärkung der Autonomie geschaffen werden würden. Auch das Gemeinschaftsgefühl in den Wohnbereichen erschien verbesserungsfähig. Eine aktivere Gestaltung des Alltags könnte

hierbei als zentrale Veränderung und als Katalysator fungieren. Dies erscheint umso dringlicher, da die Bewohner*innen in den Interviews soziale Kontakte und Aktivitäten als zentralen Wunsch äußerten.

Anhand der Interviews kann zusammenfassend festgehalten werden, dass sich die Befragten überwiegend sehr wohl in den Einrichtungen fühlten. Die Umstände, die zum Einzug führten, gingen aber meist mit schmerzlichen Verlusten an Fähigkeiten und Autonomie einher, die für die Selbstwahrnehmung und die Tagesgestaltung eine wichtige Rolle spielten. Zentrales Element war der zumeist krankheitsbedingte Verlust von Fähigkeiten, der die Gefahr des Autonomieverlusts in sich birgt. Das Erleben von abnehmenden Fähigkeiten selbst und die veränderte Lebenssituation im Pflegeheim erforderten Coping-Strategien, die die Befragten in unterschiedlicher Weise entwickelten: Assimilation war eine zentrale Strategie, wobei dabei Alternativlosigkeit und die Selbstermahnung zur Dankbarkeit treibende Kräfte darstellten.

Auf der einen Seite standen nun die bei den Beobachtungen festgestellten Defizite einer wenig ressourcenorientierten Unterstützung und auf der anderen Seite der in den Interviews geäußerte zentrale Wunsch, verbliebene Fähigkeiten möglichst zu erhalten oder wiederzuerlangen. Damit bestätigten sich die im Vorfeld formulierten zentralen Annahmen und die Notwendigkeit, die pflegerische Unterstützung in eine eher ressourcenfördernde Richtung weiterzuentwickeln. Allerdings betraf dies nicht nur die Menschen mit chronisch-neurologischen Erkrankungen, sondern im Grunde genommen alle Bewohner*innen. Daher verschob sich der Fokus weg von der engen Begrenzung von Personen mit chronisch-neurologischen Erkrankungen. Bei der Konzeptentwicklung wurden folgerichtig alle Bewohner*innen in den Blick genommen.

Konzeptentwicklung und Umsetzung

Die Ergebnisse der Datenerhebung wurden dem Träger der Einrichtungen präsentiert, einzelne Aspekte daraufhin sofort aufgegriffen und Verbesserungen angestrebt (z. B. Einsatz von Hilfsmitteln zur möglichst selbstständigen Nahrungsaufnahme). Aufgrund der COVID-19 Pandemie war es im Anschluss aber leider nicht möglich, eine gemeinsame Konzeptentwicklung mit den drei Einrichtungen durchzuführen. Daher wurde stattdessen in

Absprache mit dem Träger ein modular aufgebauter Konzeptvorschlag komplett durch die Hochschule erarbeitet (s. Abbildung).

Das Konzept folgt dem übergeordneten Ziel, ein möglichst normales Leben zu ermöglichen. Es klingt banal, aber die Bewohner*innen in der Langzeitpflege sind keine Gäste der Einrichtungen, sondern sie leben dort. Im Gegensatz etwa zu Krankenhäusern, in denen die Patient*innen nur vorübergehend da sind, um eine spezifische Dienstleistung zu erhalten und danach im Idealfall wieder nach Hause gehen, verbringen die Menschen in der stationären Langzeitpflege ihre letzte Lebensphase in eben diesen Einrichtungen. Das heißt, es ist dringend erforderlich sich am gewohnten Leben dieser Menschen und deren Bedürfnissen zu orientieren, so gut es die Umstände eben zulassen. Möglich wird dies nur unter Berücksichtigung der individuellen Biografie. Diese wird zwar bei Einzug stets erhoben, findet sich im Alltag bislang aber kaum wieder (z. B. durch Bezug auf frühere Hobbys, Kenntnisse und Fertigkeiten im Alltag). Neben der daraus ableitbaren Bedürfnisorientierung gilt es die Selbstständigkeit der Bewohner*innen so gut es geht zu erhalten. Hierfür wurden Module entwickelt, die eine ressourcenorientierte und -erhaltende Unterstützung ermöglichen sollen, unter der grundlegenden Prämisse einer „normalen“ Lebensführung. Diese Idee zeigt deutliche Überschneidungen mit dem Konzept der aktivierenden Pflege, vor allem, was die Biografieorientierung betrifft, wodurch sich diese Konzepte gut ergänzen können. Um nun aber diese beiden Grundideen leben zu können, bedarf es eines grundsätzlichen Umdenkens im täglichen Arbeiten und einer kritischen Reflexion im Team, wie ein normales Leben und eine ressourcenorientierte, aktivierende Pflege durchgeführt werden könnte und was dem bislang im Wege steht.

Die ausgearbeiteten 12 Module (blaue Kästen) sind eingefasst in ein Grundgerüst, bestehend aus den Strukturen und der Organisation des Trägers sowie den einzelnen Einrichtungen. Diese Strukturen bestimmen mit darüber, welche Ressourcen verfügbar sind, wie etwa das Ausfallmanagement organisiert werden kann oder in welcher Form und Umfang Schulungen/Fortbildungen organisiert werden. Hier ist außerdem die *Aktivierende Pflege* (Bartels 2019) als eine grundlegende Voraussetzung verankert. Es ist nun so angedacht, dass die Einrichtungen einzelne oder auch alle Module auswählen, priorisieren und implementieren können, je nachdem was als besonders dringlich erachtet wird.

Der Baustein *Physio-/Ergotherapie* umschreibt die Zusammenarbeit und den Informationsaustausch mit externen Therapeut*innen. Auch die Idee, in großen Einrichtungen oder als übergeordneter Träger eigene Therapeut*innen zu beschäftigen, um etwa Kurse für Bewohner*innen oder Schulungen für das Personal in den Einrichtungen anzubieten, wird beschrieben. *Kooperation/Zusammenarbeit* bezieht sich auf Kooperationsverträge mit Sanitätshäusern, in denen bspw. die regelmäßige Prüfung, Wartung, aber auch Bestellung der Hilfsmittel und Schulungen der Bewohner*innen zur korrekten Nutzung dieser Hilfsmittel festgelegt werden. Auch die Kooperation mit Apotheken inkl. Medikamentenchecks wird aufgegriffen. *Heilmittel* und *Hilfsmitteleinsatz* meinen neben der korrekten Anwendung vor allem auch das Erkennen eines Hilfsmittelbedarfs und das Treffen der passenden Auswahl

(ressourcenorientiert). An dem Beispiel lässt sich auch aufzeigen, dass die einzelnen Module teilweise miteinander verknüpft sind. Die Auswahl und korrekte Anwendung von Hilfsmitteln kann etwa durch Therapeut*innen begleitet werden.
Die Bausteine *Ziele, Maßnahmen und ToDo's* sowie *Pflegerische Unterstützung* beschreiben hingegen die Wichtigkeit der Biografieorientierung. Schließlich ist es ohne diese kaum möglich, individuelle Ziele und Maßnahmen zu formulieren, wenn zu wenig über das bisherige Leben, über Vorlieben, Wünsche und Bedürfnisse bekannt ist. Der Einzug ist damit bereits ein ganz entscheidender Moment: Hier werden die grundlegenden Informationen erhoben und dieser Mensch in eine neue, fremde Umgebung eingeführt. Neben einer individuellen und ressourcenorientierten Unterstützung geht es hier aber auch um die Kooperation und Informationsweitergabe im Team, was ein einheitliches Vorgehen erst ermöglicht.
Dem Grundprinzip eines „normalen Lebens" sind die Bausteine *Gestaltung Wohnraum & Einrichtung*, *Interaktion Bewohner*innen*, *Sinnstiftende Angebote* und *Angebote im Wohnbereich* unmittelbar zuordenbar. Schließlich geht es hierbei um zwischenmenschliche Interaktion, interessengeleitete Beschäftigung und schlicht das Erleben von Alltag. Auch *Ehrenamtliche* bringen schon fast traditionell dieses normal-alltägliche mit in die Einrichtungen durch Besuche, Beschäftigungen etc.

Implementierung und Fazit

Um den Entwicklungsbedarf der Einrichtungen offenzulegen und deren jeweilige Priorisierungen erfassen zu können, wurden zwei Leitfragenkataloge erstellt (einrichtungs- und bewohnerbezogen). Hieraus lassen sich konkrete „Päckchen" zusammenstellen und in den Einrichtungen individuell umsetzen. Das Konzept wurde an den Träger übergeben, Rückmeldungen entsprechend eingearbeitet und schließlich die Endfassung konsentiert. Leider war es nicht mehr möglich, innerhalb der Projektlaufzeit dessen Implementierung zu begleiten und eine anschließende Evaluation durchzuführen. Dennoch haben die Datenerhebungen wertvolle Einblicke in die Praxis erlaubt. Das daraus resultierende Konzept bietet außerdem die Chance, nicht nur in den besuchten Einrichtungen implementiert zu werden. Aufgrund der offenen Struktur des Konzeptes und den enthaltenen Leitfragenkatalogen lässt es sich auch in

anderen Einrichtungen – auch unter anderer Trägerschaft – übernehmen und auf die Gegebenheiten vor Ort anpassen.

Literatur

Bartels F, Hrsg (2019). Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie. Band 2: Praktische Umsetzung. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH

Burgos R, Bretón I, Cereda E, Desport JC, Dziewas R, Genton L, Gomes F, Jésus P, Leischker A, Muscaritoli M, Poulia K-A, Preiser JC, van der Marck M, Wirth R, Singer P, Bischoff SC (2018). ESPEN guide-line clinical nutrition in neurology. Clin Nutr 37; 354–396, DOI: 10.1016/j.clnu.2017.09.003