

DEKUBITUS-OPERATION, PFLEGE UND NEUE SITZSCHALE



ERINNERUNGEN GEDANKEN EPISODEN

vom 20. April bis 14. Juni 2022

VON HANS BANHOLZER ROTHENBURG LU



INHALT

VORWORT	3	„PFLEGESPERRE“  	10
GRUND ZUR BEHANDLUNG	4	„SCHNELL“  	11
WAS IST EIN „DEKUBITUS“	4	LIEGEND VERPFLEGEN	11
EINTRITT UND „+ OVO KALT“ 	5	„PSYCHOLOGEN-GESPRÄCHE“ 	12
VORUNTERSUCHUNG I ERSTE MASSNAHMEN 	5	BIBLIOTHEK 	12
ERLEBNIS MRI 	6	MOBILISATION  	13
BEFUND UND OPERATION  	7	DAS ABENDTEUER – NEUE SITZSCHALE  	14
IMMOBILISATION	7	AM ERSTEN MORGEN – WIEDER ZUHAUSE  	16
AKUPUNKTUR EINE NEUE ERFAHRUNG 	8	UND ZUM SCHLUSS UNSER BILDUNGSSYSTEM EINE TRAGISCHE KOMÖDIE  	17
HANDSTEUERUNG BETT 	8	IMPRESSUM	19
„INSULIN-ALARM“ 	9		
BLUTZUCKER MESSUNG 	9		
„VIER-AUGEN PRINZIP“  	10		

VORWORT

Die Inhalte basieren auf meinen persönlichen Erfahrungen und Tagebuch-Notizen. Sie spiegeln tatsächliche Begebenheiten während eines Spitalaufenthaltes.

Es sind bewusst keine Namen zu lesen. Warum?

Ich habe nicht die Absicht persönlich zu werden und Beteiligte anzuschwärzen oder den „Besserwisser“ zu spielen..

Eigene Erfahrungen und langjährige Beobachtungen machen mich aber immer wieder hellhörig und aufmerksam, weil viele Menschen nicht den Mut haben über negative Erlebnisse und unstimmgige Behandlungen zu reden bzw. zu diskutieren. Viele sind zu „gesetzesgläubig“ und getrauen sich nicht sich zu wehren. Sie sind sich oft nicht bewusst, dass

„wer schweigt, ja sagt (Tendenz zunehmend).

Die nachstehenden Beschreibungen sind  /  Erlebtes während 8 Wochen als Patient in einer Pflegeabteilung.

Ein Versuch, insbesondere Hinweise zu geben wo es „Potential zur Optimierung“ gibt oder sich in einschlägigen Fällen sogar aufdrängen.

GRUNDSÄTZLICH

Es wäre ungerecht nur negatives hervorzuheben!

Das ruhige und menschliche Verhalten der Pflegerinnen und Pfleger, selbst bei meiner oft harschen Kritik, war für mich bewundernswert. Das Aussehen mit oder ohne Maske, mit und ohne Tätowierungen aller Art - anfänglich oft fraglich und gewöhnungsbedürftig. Altersunterschiede und Praxisbezug kausal spürbar.

Wo gearbeitet wird passieren Fehler. Dieses Sprichwort wird oft benutzt, und als Erklärung benutzt. Es stellt sich aber die Frage wo die Grenze ist? Folgende Denkanstöße könnten mögliche Ursachen lokalisieren um Fehler zu vermeiden:

- Weiss die/der für die Aufgabe verantwortliche (Junior) -Fachkraft, warum es geht?
- Verfügen sie über die notwendigen Kenntnisse?
- ist die Zeitvorgabe ausreichend bzw. kennen sie für die Arbeit die richtigen Prioritäten?

Andererseits würde im Zeugnis der Vermerk, „gibt sich Mühe und hat Mühe“, eine heute unzulässige aber immer noch zutreffende Formulierung, leider für einige den Nagel auf den Kopf treffend.

GRUND ZUR BEHANDLUNG

ANDAUERENDE DEKUBITUS SCHMERZEN WURDEN UNERTRÄGLICH

Nach einer beratenden Wundpflege-Konsultation drängte sich eine eingehende Untersuchung mit entsprechenden medizinischen Eingriffen auf. Umgehend bekam ich einen Spitaltermin.

WAS IST EIN „DEKUBITUS“

Ein Dekubitus ist eine lokale Schädigung der Haut und des darunterliegenden Gewebes aufgrund von längerer Druckbelastung, die die Durchblutung der Haut stört. Weitere Bezeichnungen sind Dekubitalgeschwür, Druckgeschwür, Wundliegeschwür.

Bei Dekubitus handelt es sich um chronische Wunden, die vor allem bei Patienten mit verringerter Beweglichkeit auftreten, besonders wenn sie bettlägerig oder auf einen Rollstuhl angewiesen sind. Offene „Dekubis“ können zur Eintrittspforte für Erreger werden, die nicht nur lokale Infektionen verursachen. Eine Dekubitalläsion kann daher zum Beispiel durch Streuung von Eiterherden über die Blutbahn schwerwiegende und unter Umständen tödliche Folgeerkrankungen wie Lungenentzündung (Pneumonie) oder Sepsis nach sich ziehen.

Grad/Stadium (Seiler, 1979)

Infiltrationstiefe [Bild 1]:

Grad I : nicht wegdrückbare Rötung

Grad II : nicht wegdrückbare Rötung, Blasenbildung, Defekt der obersten Hautschichten

Grad III: Defekt der Unterhaut und darunterliegender Gewebe (Muskeln, Sehnen, Bänder) bis zur Knochenhaut (Periost)

Grad IV: wie Grad III, mit Entzündung des Knochens (Osteomyelitis)

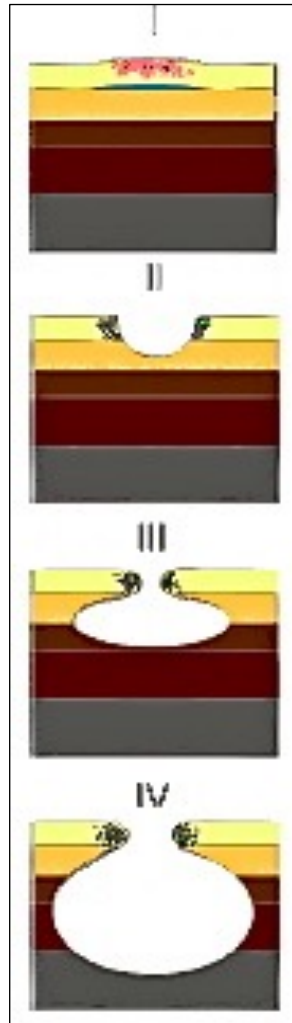


Bild 1: Dekubitus Grade/Stadium

EINTRITT UND „+ OVO KALT“ 😊

In der Eintrittsstation (1 Woche später in die Pflegeabteilung verlegt) wurde ich freundlich empfangen. Der schwenkbare Bildschirm über dem Bett wurde aufgestartet und erklärt. Angefangen bei der Einrichtung der persönlichen Telefon-Nummer, abrufbare Informationen, wie Wochenprogramm mit Behandlungszeiten, reichhaltige Menuvorschläge, Vorstellung der Ärzte, Pflegerinnen und Pfleger, Online Zeitschriften und Zeitungen, Therapie und Freizeitangebote, generelle Orientierungen, Fernsehen und und

Die Dame von der Gastronomie, bewaffnet mit einem Laptop, fragte nach den Essens- und Getränke-Wünschen (natürlich alkoholos) für den Rest der Woche. Allerdings beim Frühstück meinte Sie, mein täglicher Wunsch u.a. zwei kalte OVO verstehe das Programm nicht, insbesondere könne sie die Anzahl 2 nicht eingeben. Ich schlug vor, „schreiben sie 3.“ „Geht auch nicht, es gebe aber auf dem Programm die Möglichkeit, ein „+“ zu wählen. „ja, schreiben sie „+“ vor die OVO kalt, wenn sie meinen, dass ich so täglich 2 OVO kalt bekomme“! „Ich kann es nicht versprechen, da ich die Bedeutung „+“ auch nicht kenne. „Wir versuchen es“. Bei mir selber dachte ich, dass es sich mindestens um ein + = CH-Produkt handelt. Am nächsten Morgen stellte mir die Pflegerin ein Tablett neben das Bett, auf dem alles stand, was auf dem „Frühstück-Beipackzettel“ [Bild 2] aufgeführt war. Jedoch die vereinbarte zweite OVO kalt fehlte.

Auf meine wohl etwas provokative Frage: „wo ist meine zweite OVO, - haben sie das + Zeichen nicht gesehen“? War die Antwort: „Ja, schon, aber ich weiss nicht was das „+“ bedeutet“.

Sie werden es kaum glauben, aber auch nach acht Wochen „Spitalgast“, hat sich kein Mensch angestrengt, daran etwas zu ändern oder mindestens den Beteiligten zu erläutern. Eine Bagatelle oder doch „Ein Opfer der Digitalisierung“? ①

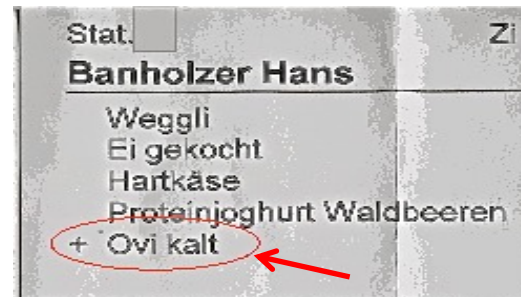


Bild 2: Frühstück-Zettel

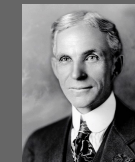
VORUNTERSUCHUNGEN/ERSTE MASSNAHMEN 😊

Nach meinem Eintritt erfolgten die obligaten Untersuchungen und Diagnosen:

- Multiple Sklerose MS, primär progredient seit 1992, spastische Tetraparese, Arm rechts plegisch, Skoliose, Rumpfinstabilität .

① GEDANKEN ÜBER DIE DIGITALISIERUNG

Das Internet verändert unsere Gesellschaft und Wirtschaft so schnell wie zuvor vermutlich noch keine andere technische Revolution. Über die damit verbundenen Konsequenzen redet kaum jemand. Nein, Millionenkosten und Schäden infolge mangelhafter Digitalisierungs-Produkte werden unter den Tisch gewischt! Das die Gründe, wie in vielen anderen Branchen, am fehlenden „Praxis-Bezug“ dieser sogenannten Fachkräfte liegt, wird grosszügig schön geredet.



Zitat von
Henri Ford 1863 – 1947
ein Ponier noch ohne
Digitalisierung.

„Jeder Kunde kann sein Auto in jeder gewünschten Farbe bei mir bekommen, solange diese Farbe schwarz ist.“



Bild 3: MRI-„Monsterr“

- Dekubitus Grad III
- Diabetes

- ...
Zunächst erfolgte eine Druckentlastung unter konsequenter Bettruhe und Lagerung auf einer Wechseldruckmatratze.

Meine Zimmerkollegen nach dem Übertritt in die Pflegeabteilung:

- Anfänglich ein Architekt mit Vornamen Jean-Pierre und Nachnamen Petit was er auf seiner Visitenkarte in

grossen Lettern „Petit“ sichtbar machte.

- Sein Nachfolger hiess Gottfried, ehemaliger Fugen-Spezialist, „e gmögige“ Bärneroberländer

ERLEBNIS MRI



MRI Becken mit einer musikalischen Überraschung.

Auf Veranlassung des Stationsarztes und Team sollte ein MRI [Bild 3] Aufschluss über meinen Dekubitus-Schaden geben.

Samt Bett wurde ich in die Radiologie bewegt. Ein junger Mann, aus dem Hinterland, wie er mir auf Nachfrage verraten hat, zirkulierte mich über endlose Gänge und zwei Lifte dort hin. Zwei Pflegerinnen zogen mich vom Bett auf die MRI-Liege. Nach dem Setzen einer Kontrastmittel-Leitung, informierten sie mich, dass es „laut“ werde. Was mir bereits bekannt war. Ich könnte aber einen Musik-Wunsch anbringen. Ich entschied mich spontan für den „SCHACHER SEPPLI“ [Bild 4]. Sie meinte „kein Problem“, da könnte sie gleich mitsingen. Auf meine Frage, „sind sie in einem Jodlerklub“, lachte sie, „nein, aber mein Papi singt es immer“. So kam ich zwischen den, mehr oder weniger intensiven „dong dong do ... Klopferäuschen“, in den Genuss von Ruedi Rymanns legendären „Schacherseppeli“ bzw. Strophenteilen davon.



„Dr Schacher-Seppli“
von
Ruedi Rymann

Was ich hörte und „mitbekam“:

*I bi dr Schacher Seppeli
im ganze Land bekannt ... dong dong dong
dong dong do ...*

*.... has scho mengisch gseh
dass d Lüüt wäg dem verfluechte Gäld
Enand tuen gruusig weh
... dong dong dong dong do ...*

*.... Chumm nume ine, chumm und legg
dis Himmelsgwändli a
... kein dong don .. mehr ... langsam wurde ich
aus dem MRI-Tunnel zurück gezogen,*

Bild 4: Ruedi Rymann „Dr Schacherseppeli“

BEFUND UND OPERATION

Aufgrund des MRI-Befundes bestätigte sich ein Dekubitus Grad III mit Fistelgang. Ein operativer Eingriff wurde notwendig.

Dieser wurde erfolgreich vorgenommen.



Im Vorfeld gab es ein Gespräch mit dem zuständigen Operateur und dem Anästhesie-Arzt. Die obligaten Fragen geklärt. Unter anderem stand auf dem Fragebogen: „nach wie viel Stufen werden sie beim Treppensteigen müde“? Für mich wenig sinnvoll, da ich seit Jahren nicht mehr Fussgänger und 100% rollstuhlabhängig bin. Ich schrieb nach 999 Stufen, was der Arzt schmunzelnd zur Kenntnis nahm.

IMMOBILISATION

Die längere Immobilisation zur Förderung und Sicherstellung der OP-Wunde beinhaltete eine für mich ungewohnte Lagerung. Verbot der Seitenlage auf der rechten Seite, kein Anziehen der Beine, Kopfteil maximal 30 Grad angehoben. Erstaunlicherweise wurde dieser Winkel sehr abweichend interpretiert. Um mindestens näherungsweise vom Gleichen zu sprechen, zeigte ich der Pflege eine Abschätzung des Winkels per Hand [Bild 5]. Selbst die Drehung in Seitenlage, ging oft die Frage voraus: „auf welche Seite wollen sie gedreht werden“. Ab und zu war meine „nervige“ Antwort: „Steht doch auf der Verordnung an der Wand, - haben sie diese nicht gelesen“? Diese ärztliche Verordnung wurde über dem Kopfende meines Bettes für alle gut lesbar an die Wand geheftet. Da ich nicht aufstehen durfte (und auch nicht kann) war ich darauf angewiesen, mir den Inhalt vorlesen oder herunter nehmen zu lassen.

Die veränderte Körperposition im Bett hatte eine spürbare Aktivierung von Schmerzen im Bereich der Beine, vor allem rechts und nachts zur Folge. Selbst die Umstellung der Schmerzmedikation auf wirksamere Mittel brachten nur eine leichtgradige Verbesserung der Symptomatik.

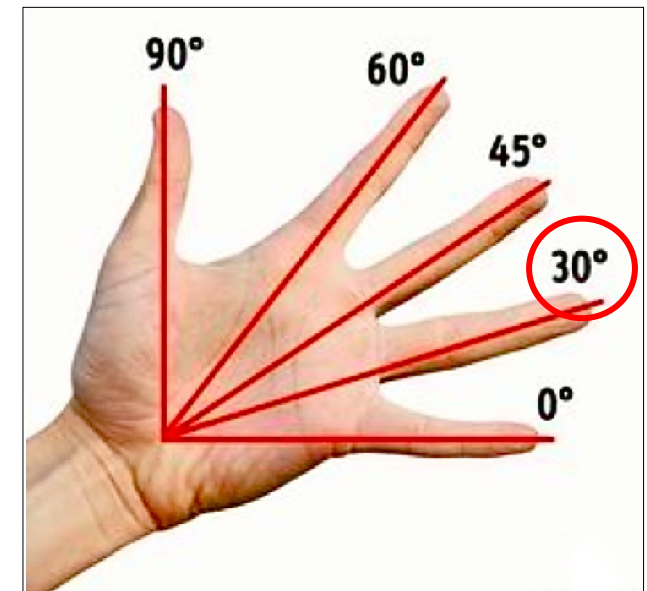


Bild 5: Winkelabschätzung

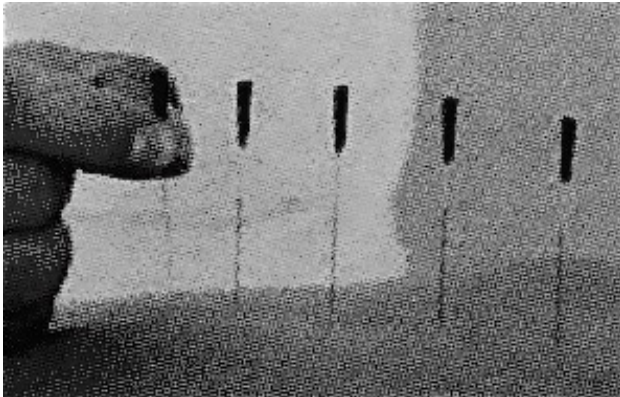


Bild 6: Akupunktur vom „feinsten“

AKUPUNKTUR EINE NEUE ERFAHRUNG



Der verantwortliche Arzt schlug mir zur möglichen Schmerzlinderung im rechten Bein eine Akupunktur-Behandlung vor. Ich willigte ein und war gespannt, da ich diese nur vom hören sagen kannte. Ein bewundernswert ruhiger Arzt –. Nebst einem „Pic“ war die Anwendung kaum spürbar [Bild 6]. Leider stellte sich kein relevanter Erfolg ein. Nach sechs Anwendungen wurde diese im gegenseitigen Einvernehmen abgesetzt.

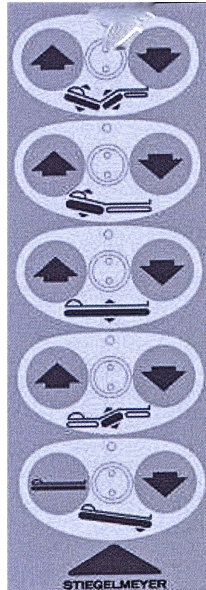


Bild 7: Hand-Steuergerät, dass gemäss „Stiegelmeier-Shop“ mit und ohne Aufhängen erhältlich ist.

HANDSTEUERUNG BETT



Die Originalhalterung der Handsteuerung [Bild 7] seitlich am Pflegebett war für mich, mit dem nicht mehr funktionstüchtigen rechten Arm und Hand bzw. dem nicht mehr selbstständigen drehen des Körpers, unerreichbar. Die Lösung war einfach, das Gerät wurde mit dem rückseitigen Bügel, unten am schwenkbaren Bildschirm eingehängt. Sofern dieser für mich in Reichweite eingeschwenkt blieb, war auch das Handgerät in Griffnähe.

Das änderte sich in der Pflegeabteilung, wo am neuen Bett mit der Druckwechsel-Matratze dummerweise das Handgerät keinen Bügel hatte. Die kreative Pflegerin wusste sich zu helfen und fixierte das Gerät mit Verbandstoff unter dem Bildschirm. Provisorisch aber nicht unpraktisch.

Am nächsten Tag, die Antwort auf meine Frage, wurde ein Ersatz des Handgerätes mit Bügel angefordert? „Nein – da muss das Bett ausgewechselt werden“. „Das glauben sie ja selber nicht!“! Das kommt mir ja vor, wie der volle Aschenbecher im neuen Auto – oder würden sie da auch gleich das Auto wechseln“? A ha, ja dann Kaum zu glauben, dass Gerät blieb rund vier Wochen beim alten. Ich denke, dass irgendwo im Bettlager ein Steckbares Kabel samt Gerät mit Bügel auf einen Tausch wartete. Das erfordert jedoch eine praxisnahe Kommunikation ², wo was am Lager ist, die in diesem Fall fehlte.

Immerhin, als bei Beginn der Mobilisation eine „normale“ Matratze zum Einsatz, natürlich samt Bettwechsel, kam, - oh Wunder - mit einem Bügel am Steuergerätgerät. Das die neue Matratze dieselben Eigenschaften aufwies, wie diejenige nach Hause gelieferte Probematratze, welche ich nicht aushielt und nach zwei Nächten zurück gegeben hatte, mag ich nicht weiter zu kommentieren!

2

Information braucht Kommunikation.

Exler, Georg-Wilhelm

„INSULIN-ALARM“



Es war etwa 23:00 Uhr. Mein Zimmernachbar und ich waren schon halb eingeschlafen, da weckten uns zwei Pflegerinnen, die aufgeregt suchten und fragten: „Herr Banholzer wo ist das Insulin?“ „Was suchen sie Um was geht es“?

„Wir müssen ihnen noch Insulin spritzen [Bild 8] ... wurde am morgen vergessen“. Ich sagte: „Heute ist aber nicht Donnerstag“. „Nein, nein – wir haben die Anweisung von wöchentlich „OZEMPIC“, auf täglich Insulin „TRESIBA“ zu wechseln“. „Ist mir nicht bekannt. Lassen sie das, bis ich eine Begründung dafür bekomme“. Diese erfuhr ich am nächsten Morgen von der Assistenz-Ärztin. Offensichtlich hatte man vergessen mich darüber zu informieren. Nach einer Erläuterung der Massnahme, meine zu hohen Blutzuckerwerte in den Griff zu bekommen, stimmte ich zu.



Bild 8: „Spritzen“

BLUTZUCKER MESSUNG



Ab sofort war drei mal, am morgen, mittag und abends ein „Stupf in ein Fingerbeeri“ der linken Hand (die Finger rechts „verkrallen“ bzw. liessen dies nicht zu) zum Bestimmen des Blutzuckerwertes. Meist mussten täglich die gleichen drei Finger dran glauben. Nach etwa einer Woche waren diese Fingerspitzen „taub“, sodass ich mein Handy einhändig kaum mehr handhaben konnte. Ich weigerte mich diese Prozedur weiterhin zu ertragen. Man versprach mir eine angenehmere Lösung. Eine Woche später wurde ich mit dem Glukose-Messsystem bekannt gemacht. Ein etwa 2-Fränkler grosser Sensor [Bild 9] wird mit einem „Stempel“ auf den Körper geschossen. Über ein dünnes und flexibles Filament, das in die Haut eindringt wird der Glucosewert gemessen und gespeichert. Die gemessenen Werte lassen sich über ein App abrufen. Eine verblüffende und angenehmere Art als die „Finger-Stüpferei“.

Die Nachteile wurden mir erst später bewusst:

- Wechsel des Sensors alle 14 Tage
- Kosten nicht KK-pflichtig, pro Sensor CHF 60.- oder umgerechnet pro Jahr CHF 1'560.-

3

Wieder zu Hause und Besprechung mit dem Hausarzt:

- Absetzung der täglichen INSULIN-Spritze und wieder 1x wöchentlich OZEMPIC
- Messung sporadisch mit „Fingerstupf“ und periodische Kontrolle des Langzeitwertes (wie früher)

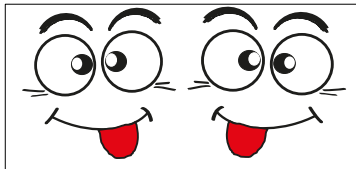


Bild 9: Sensor am Arm

3

Messkapazität „nur“ 14 Tage = „Geldmaschine“, vermutlich mit Zulassung BAG und Swiss-Medic und toleriert vom Preisüberwacher ?

Bild 10:
„Vier-Augen Prinzip“



4 In der Zeit ohne Laptop und APP,
durfte man noch das
Hirn gebrauchen.

„VIER-AUGEN PRINZIP“



„Vier Augen sehen mehr“ [Bild 10]. Der höhere Zeitbedarf für die Entscheidungsfindung werden im Sinne der erwarteten Qualitätssicherung und -verbesserung in Kauf genommen. Das Vier-Augen-Prinzip birgt aber auch die Gefahr zur Oberflächlichkeit, wenn sich die Partner auf die Aufmerksamkeit des anderen verlassen.

Als mir der Arzt eröffnete, ab jetzt täglich INSULIN zu spritzen bemerkte ich, dass bei der Spitex dazu nicht alle Pflegenden Spritzen vornehmen dürfen. Er reagierte fast entsetzt. Was soll das, bei dieser Art Spritze könne kaum etwas passieren. Das tägliche Ritual hatte auch hier seine Regeln. Die Pflegeperson konsultierte ihren Laptop⁴, öfters mit der Frage nach meinem Geburtsdatum, um die Spritzen-Ration zu lesen. Nach der Einstellung des entsprechenden Wertes, verlies sie das Zimmer in Richtung Station, um dort getreu nach dem Vier-Augen Prinzip von einer anderen Person den eingestellte Wert bestätigen zu lassen. Sogenannt „Schnell“ zurück die bekannte Vorwarnung - „es gid e Stupf“- und die Spritze vorgenommen. Auf meine Frage: „den eingestellten Wert hätte ich mit meinen zwei Augen auch bestätigen können?“ „Das habe ich mir auch schon überlegt“. Geändert wurde es aber nie – im Gegenteil bei jeder Gelegenheit wird auf hohem Niveau gejammert – wir haben zu wenig Fachkräfte.

„PFLEGESPERRE“



Mein MS-bedingtes Geh- und Stehdefizit verunmöglicht mir, seit Jahren die Klo-Benutzung. Die Magenentleerung, angeregt von zwei „Zäpfli“ findet täglich am morgen im Bett statt. Ein Prozedere welches in der Regel zwei Stunden dauert.

Oft gab es unangenehme Zeitüberschneidungen im Tagesprogramm, d.h. in diesen zwei Stunden waren gleichzeitige andere Aktivitäten unpassend, so dass es plötzlich im Tagesplan die Zeit von 08:00 – 10:00, an Stelle Pflege der Begriff Pflegesperre stand [Bild 11]. Meine Frage: „werde ich nicht mehr gepflegt?“ „Wie kommen sie darauf?“ „Steht doch da“. Die Pflegerin erklärte mir, dass die „Pflegesperre“ das Zeitfenster für die Pflege besetzt ist. Ich fragte verdutzt, „dass würde bedeuten das an Stelle Physiotherapie, zukünftig „Physiotherapie-sperre“, ... steht“? „Ich weiss es nicht“.

Banholzer Hans	
Zeit	Termin
08:00 - 10:00	Pflegesperre
09:30 - 10:00	Ultraschall Blase/Nieren, Urologie
11:00 - 11:30	ICF Plastische Visite

Bild 11: „Pflegesperre“

Ich suchte im Duden eine Erklärung bzw. Wortdeutung. Dort ist das Wort „Pflegesperre“ nicht existent oder eben vielleicht das „Unwort“ im Jahr 2022.

Tröstlich, auch der verantwortliche IT-Tagesablaufplaner kennt offensichtlich die „Pflegesperre“, wie auf dem [Bild 11] ersichtlich, auch nicht! Auf mein Verlangen wurde der Besuch in der Urologie annulliert, damit die Magenentleerung die Ultraschall-Messung von 09:30 – 10:00 nicht stört, sondern während der „Pflegesperre“ von 08:00 – 10:00 „menschlich“ stattfinden kann.

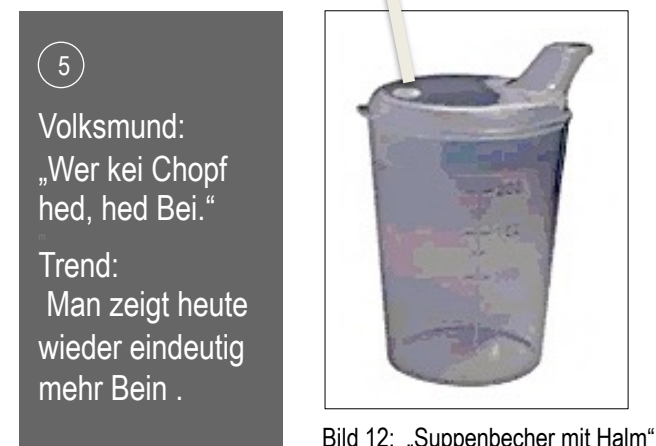
„SCHNELL“ 😊 😞

Schon am ersten Tag ist mir im Wortschatz, vor allem von den jüngeren Pflegerinnen, das Wort „SCHNELL“ aufgefallen. Beim Patiententreff und Gedankenaustausch (ich wurde eingeladen, als einziger im Bett, teilzunehmen) zwischen Patienten, Arzt, Pflegeleitung und diesmal dem Koch, konnte ich es nicht „verklemmen“ dieses (Un)-Wort „SCHNELL“ zu erwähnen. Alle schauten in Richtung meines Bettes ... Ich wollte gerade erklären was ich unter „SCHNELL“ verstehe ... wurde aber von der für die Pflege Verantwortlichen Person unterbrochen, „wissen sie, wir haben zu wenig Personal, die müssen schnell arbeiten!“ (was ich nicht mehr sagte, aber wollte: „Das höre ich bei fast jeder Gelegenheit, aber unter „SCHNELL“ verstehe ich z.B. den Reifenwechsel beim Formel-1 Boxenstopp in weniger als 3 Sekunden und nicht 10 Minuten oder gar nicht mehr zurück kommen ...) Immerhin, am nächsten Tag hatte das Wort „SCHNELL“ nur noch Seltenheitswert. Es tönte eher „HURTIG“, „GLII“, „RASCH“ ...

LIEGEND VERPFLEGEN

Die Einhaltung der strikten Liegeverordnung und der schon erwähnte nicht mehr funktionstüchtige rechte Arm samt Hand und dem nicht mehr selbstständigen Drehen des Körpers, hatte auch entsprechende Auswirkungen bei der Nahrungseinnahme. Speziell, wenn die Suppe in einem Teller bereit gestellt wird. Abhilfe: Abfüllen der Suppe in einen Becher mit Deckel mit Trinkhalm [Bild 12]. Halb so schlimm, aber wenn die Station doch beim Verteilen an diese Trinkhilfe denken würde, bliebe der unnötige Weg hin und zurück erspart. Dasselbe mit den Röhrli, die leider nur nachgefüllt werden, wenn alle weg sind. Also noch einmal mehr ein zusätzlicher Weg zur Station.

Passt wohl nicht so ganz zur Entschuldigung, wir geben uns alle Mühe ⁵, aber wir haben zu wenig Personal.



„PSYCHOLOGEN-GESPRÄCHE“



In drei Gesprächen mit der Psychotherapeutin des Psychologischen Dienstes wurde insbesondere die aktuelle gesundheitliche Situation mit dem Dekubitusleiden thematisiert. Anlässlich der ersten Begegnung übergab ich ihr meinen umfassenden Personenbeschrieb, damit wir nicht unnötige Zeit mit dem üblichen „Abfragen und Erklären“ verbringen mussten. Wohl etwas überrascht, nahm sie diesen entgegen und sagte: „das trifft sich gut, am kommenden Feiertag habe ich Zeit diesen zu lesen“. Die folgenden Gespräche habe ich als sehr konstruktiv erlebt. Ihre Offenheit und ihr angenehmes Auftreten habe ich guter Erinnerung. MERCI !

„BIBLIOTHEK“



Wöchentlich bekam ich Damenbesuch von der Bibliothek. „Herr Banholzer, haben sie einen besonderen „Lesewunsch“. „Ja, wenn sie mir Vorlesen, da ich nur mit der linken aktiven Hand, es schwer habe die Seiten zu blättern“. Lachend, „geht leider nicht, aber wie wäre es mit einem Hörbuch?“ „Nein, eher nicht, da schreibe ich lieber ab und zu (einhändig am Mac) selber“. „Über was schreiben sie?“. „Wenn es sie interessiert, dort auf dem Tisch finden sie eine blaue Broschüre mit dem Titel – *Erinnerige a ysi Sek. Schölzyt z'Meiringe 1953 – 1958*“ [Bild 13]. „Darf ich diese mitnehmen?“ „Natürlich, ich schenke ihnen dieses Exemplar“. Oh, danke viel mal“. Eine Woche darauf, kommt sie wieder und verkündet mir: „Die Bibliothek-Leitung hat beschlossen ihren Bericht aufzunehmen und sie können ihn bereits im Internet, unter , abrufen“.

Ich glaube, ich bekam vor Freude „feuchte Augen“ und sagte: „Damit haben sie mich jetzt unverhofft überrascht, Merci viel, viel Mal“. Meine Frau Hanny, doppelte in der Bibliothek, mit einer Schachtel *MERCI-Schokolädli“ nach.

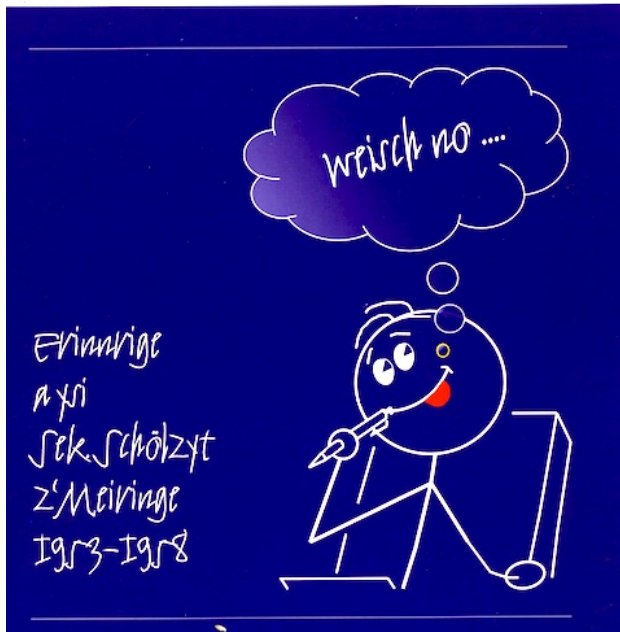


Bild 13: „weisch no“

MOBILISATION



Nach vier Wochen Immobilisation und komplikationsloser Wundheilung, erfolgte am 2. Juni 2022 die Erstmobilisation. Nach der langen Liegezeit, freute ich mich, auch nur für ¼ Stunde, wieder im Rollstuhl zu sitzen.

Die Vorbereitungen beginnen mit der überraschenden Frage: „Wo ist Ihr Rollstuhl“? Ich sagte spitz: „im Haus, vor vier Wochen lag ich im Bett, als er aus dem Zimmer gefahren wurde“. „Aha“ und die Pflege machte sich auf die Suche. Etwas später stand mein vertrautes Transportmittel neben dem Bett. Ich fragte, „und jetzt*“? „Wo haben sie den Patientenheber [Bild 14] und das Hebetuch“? „Entschuldigung (als hätten sie keine Kenntnis davon), holen wir gleich“. Nach gelungenem Manöver, spürte ich den Rollstuhl unter mir und genoss eine kurze Fahrt.

Schrittweise wurden die Mobilisationszeiten täglich gesteigert. Eine Routine-Angelegenheit, bis am Tag, wo ein Praktikant das Gerät bediente. Ich sagte zu ihm, „fahre mir bitte nicht in die Füße“ und schon bewegte er das Gestell, ohne zu Bremsen - voll in meine Füße. Ich verzichte darauf meine Reaktion näher zu schildern Offen bleibt, - wurde der Praktikant über die Handhabung dieses Gerätes instruiert? ⑥



Bild 14: „Patienten-Heber“

⑥ Ausbildung und Instruktion
(Auszug SUVA Vorschriften Bau)
Staplerfahrer brauchen spezielle
Kenntnisse und Fähigkeiten. Sie
müssen sorgfältig ausgewählt, gezielt
ausgebildet und instruiert werden.
Dafür ist der Arbeitgeber
verantwortlich.

Patientenheber-Bedienung vermutlich
ein JEKAMI?



DAS ABENDTEUER - NEUE SITZ- UND RÜCKENSCHALE

Wieso ein Abendteuer? Am 14. April 2022 wurde meine Skoliose und Rumpfinstabilität, die sich in den vergangenen 30 Jahren eingestellt hat, beurteilt, ausgemessen und diskutiert. Als Massnahme eröffnete man mir, eine neue, angepasste Sitz- und Rückenschale wäre die Lösung. Kosten etwa CHF 6'000.- (im späteren Angebot CHF 7'500.-). Voller Vertrauen sagte ich zu, in Kenntnis, dass ich als 80-zigjähriger, dafür selber aufkommen muss.

Wie aus der schematischen Darstellung [Bild 15] ersichtlich, wurde ich nach der Immobilisation, am 13. Juni 2022, in die zwischenzeitlich angefertigte Rückenschale und das speziell geformte Sitzkissen, gesetzt. Eine 3D Abbildung diente zur Formfindung.

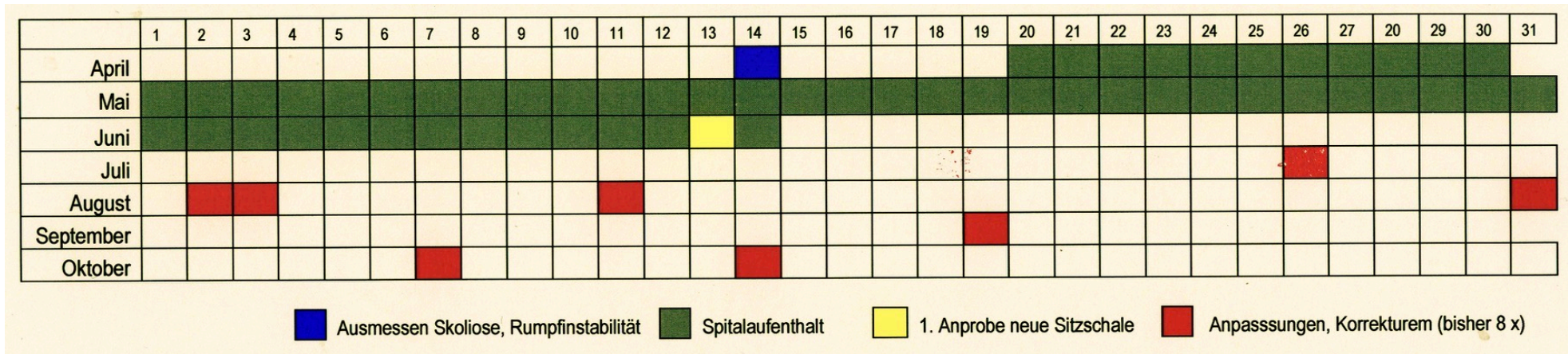


Bild 15: „Zeitablauf“

7 Man staune!

Im Austrittsbericht lese ich ein einige Tage später (auf Seite 3/6):

Eine Anpassung des Rollstuhls sowie der Sitz- und Rückenschale durch die Ergotherapie erfolgte, sodass der Patient damit nach Hause entlassen werden konnte.

Unpassend und wie in einem „Schraubstock“ eingeklemmt merkte man gleich, - so nicht!. Das „Abendteuer“ zur Optimierung nahm ab da seinen Lauf. „So kann ich ihnen die Sitzschale nicht mitgeben“ ⁷ Ich sagte: „kein Problem, ich komme, da ich das Spital nun verlassen kann, von zu Hause aus gerne zur nächsten „Anprobe“. „Herr Banholzer, dass wird aber frühestens in fünf Wochen der Fall sein – da ich abwesend bin“. „Es ist auch gut, wenn sie sich generell wieder an das Sitzen im Rollstuhl gewöhnen“. Meine Bemerkung: „beachten sie, dass ich so kaum eine Jacke oder ein Sakko anziehen bzw. meine Frau mir anziehen kann“!

Nach 42 Tagen erfolgte am 26. Juli 2022 die zweite Anprobe. Leider, wie fast erwartet, immer noch wie ein zu enges Korsett. In den darauf folgenden Tagen, bildeten sich gerötete Druckstellen am Oberkörper und neu ungewohnte Rückenschmerzen.

Die nächste Anpassung und Korrektur unabdingbar.

Auf meine Frage: „Ist es möglich, dass die Rückenschmerzen kausal die Folge der abrupten Zwangs-Rückstellung meiner Skoliose bedingten Haltung sind. Eine konkrete Antwort blieb vorerst offen. Auch das Anziehen von Jacken ungeklärt. (Übrigens auch aus Sicht der Spitex inakzeptabel).

Nun nach weiteren 6 Anpassungen, die letzte vom 14. Oktober 2022, ist eine endgültige Optimierung aus meiner Sicht keinesfalls gelungen. Bereits nach knapp vier Stunden, stellten sich Schmerzen infolge Druckstellen am Gesäss (nicht immer an derselben Stelle), Lähmung am rechten Oberschenkel und zum Schluss im Rücken ein. Ich musste vom Rollstuhl ins Bett. Nach einem erneuten Versuch die analogen Symptome. Gezwungenermassen benutzte ich immer häufiger die ursprüngliche Rollstuhl-Version [Bild 16] , die ich recht gut vertrage. Insbesondere schätze ich wieder, mir eine Jacke (es wird kälter) oder Jako (Ausgang KKL o.ä.) anziehen lassen zu können.

Nach längerem Überlegen, kam ich zum Schluss: „so kann es nicht weiter gehen“! Per E-Mail stellte ich einen Katalog von Fragen und hegte meine Zweifel am Erfolg. Die Beantwortung erfolgte umgehend. Für mich zum Teil mit überraschenden Erläuterungen. Die Frage nach dem Kostenstand blieb offen. Erst nach meiner Intervention folgten zwei widersprüchliche Angaben. Es handle sich bei den CHF 7'500.- um eine Pauschale, was ich so aus dem Angebot nicht lesen konnte. Einige Stunden später ein weiteres E-Mail: Der Pauschalpreis meint die Kosten, wie es offeriert wurde. Da ist der Gesamtbetrag bei ca. 7'500.- Ich enthalte mich eines weiteren Kommentars. Empfehle aber, sich bei Gelegenheit, über die Usanz „Pauschalpreis“ zu orientieren.

Nun nach diversen, sogenannten „Zweitmeinungen“ reifte bei mir der Entscheid, die Fortsetzung der Anpassungen zu sistieren und eine moderate Rechnung für die bisher erbrachten Leistungen zu akzeptieren.

Diese waren nicht allein entscheidend. Mein fortgeschrittenes Alter, die Reaktionen meines Körpers, 30 Jahre erlebte Multiple Sklerose usw., beeinflussten mich als „Ratgeber“.

Allen Beteiligten danke ich für ihre Einsätze, die mich anfänglich zu einem Erfolg einstimmten.



Bild 16: „vorher“



Bild 17: „Versuch“

AM ERSTEN MORGEN - WIEDER ZU HAUSE



Pünktlich, - wie vor acht Wochen: „Gute Tag Hans, schön bist Du wieder da“ „Freue mich Dich wieder zu sehen.

„Bitte um schonende Pflege – es geht mir nicht so ganz Erwartungsgemäss“. „Neu bekomme ich jetzt täglich eine Insulin-Dosis gespritzt“. „Alles klar, - wir fangen doch gleich mit der Spritze an“. Meine Frau Hanny hat diese schon dem Kühlschrank entnommen. Es kann los gehen. Aber oha, die Spitex-Pflegerin meldet: „geht nicht, es hat keine Nadel dabei“. „Schaut im erhaltenen Plastiksack nach, die ist sicher dort unter den übrigen Medikamenten für die ersten Tage“. War sie aber nicht. Hanny „speedet“ zu meinem Hausarzt, dessen Praxis zum Glück in der Nähe unserer Wohnung liegt. Es wird gespritzt und die Pflege abgeschlossen.

Am Nachmittag mein Telefon über die fehlende Nadeln an die Assistenz-Ärztin. Sie spricht: „ Herr Banholzer, ich werde dafür schauen, dass das nicht mehr vorkommt“. 8 Auf eine Entschuldigung erwarte ich vergebens. Ende des Gesprächs.

8

Die Pflicht zur Sorgfalt ist schon alt,
sie veraltet aber nicht!

UND ZUM SCHLUSS

UNSER BILDUNGSSYSTEM EINE TRAGISCHE KOMÖDIE

„Studierfähig“, „Kompetent“, „Praxisbezogen“....

„Wir haben das beste Bildungssystem der Welt“

„Wir haben zu wenig Fachkräfte“



Diese Schlagworte – und Schlagzeilen sind seit 1995 quasi ein Dauerthema. Mit Ablösung der Ingenieurschulen (früher Technikum genannt) durch Fachhochschulen (Bachelor- und Master) verlor das Bildungswesen immer mehr seine Praxisnähe. Die Kritik „immer mehr Forschung statt Handwerk“ fand kein „Echo“. Selbst bei den zuständigen Behörde, dem Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation wurde abgewiegelt. Man nehme die Sorgen der Arbeitswelt ernst, sehe aber keinen unmittelbaren Handlungsbedarf. Mit dem rasanten Wachstum der Fachhochschulen nahm die „Komödie“ seinen Verlauf. Die Messlatte zur Studierfähigkeit wurde immer tiefer gesetzt. So wurden aus renommierten Gymnasien Massengymnasien mit zu vielen Schülern, die den Anforderungen im Grunde genommen nicht gewachsen sind. Quantität (mind. 24 Studierende pro Klasse) kommt vor Qualität. Dazu kommt, - erfahrene, in der Praxis tätige Dozierende im Nebenamt, sind nicht mehr gefragt. Theoretiker mit Dr. Titel (ich meine damit nicht Mediziner), mehrheitlich ohne je in der Praxis Verantwortung getragen zu haben, werden zu Professoren ernannt und, so wird es überall hervorgehoben, garantieren für eine „Praxisnahe“ Ausbildung. Selbst für die Benotung 3.75, aufgerundet = 4.0 werden Diplome ausgehändigt. Das Heer von (Pseudo-)Akademikern wird immer grösser. Diese Aussagen mache ich nicht zum Ersten mal. Sie basiert auf mehreren Interventionen während meiner 47 Jahren Selbstständigkeit und u.a. der 36 jährigen nebenamtlichen Lehrtätigkeit als Dozent an einer Fachhochschule. 9

WENN SIE MICH FRAGEN

Es fehlen gute: Bauingenieure, Bauführer, Informatiker – Handwerker – Pflegerinnen und Pfleger – Lehrerinnen und Lehrer – und und Die Liste liesse sich fast beliebig fortsetzen. Daran nicht unschuldig sind die Bildungsreformen deren Auswirkungen infolge der schleichende Aushöhlung unseres dualen Ausbildungssystems, die in der Öffentlichkeit kaum wahrgenommen werden. Anders gesagt:

„Wir haben nicht zu wenig Fachkräfte, - nein wir haben zu wenig gute Fachkräfte“!

Die Zeit zum „Schönreden“ ist abgelaufen und hilft nicht weiter ! Es besteht unbestritten Handlungsbedarf!



9 interessiert?

Mehr dazu unter:

<https://www.banholzer-ing.ch>

Medien Leserbriefe



Juli 2018

Maturitätsquote

Oktober 2017

Studienabbrüche wären vermeidbar

März 2017

Fadenscheinige Ausrede

August 2016

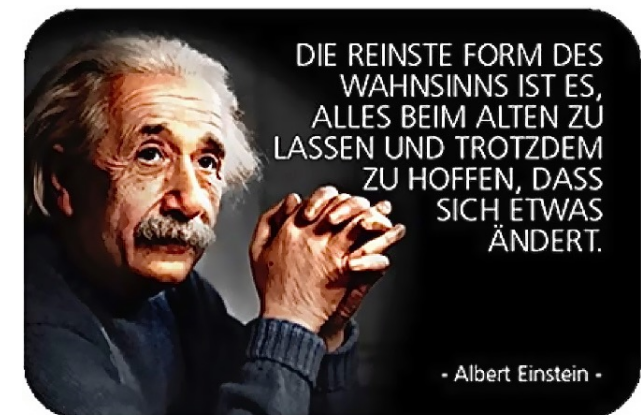
Offener Brief an BR Johann Schneider-Ammann

November 2015

Schulnoten: über wen sagen sie etwas aus?

Juni 2015

Nachbesserungen ohne Ende



IMPRESSUM

Zusammengestellt



Verfasser und Herausgeber:
Hans Banholzer
Holzbauingenieur SIA
Konstanz 1
CH 6023 Rothenburg
hbanholzer@banholzer-ing.ch

Inhalte basieren auf Notizen des Verfassers.
Bilder aus dem WEB sowie aus dem Archiv des Verfassers.

Lektorat: Hanny Amstad Banholzer

Druck: onlinedruck.ch

1. Auflage: 30

© Copyright 2022 by Hans Banholzer

Vervielfältigung und kopieren nur mit schriftlicher Zustimmung des Verfassers.



Offen über einen Spitalaufenthalt zu schreiben ist für die Meisten eher aussergewöhnlich

Nach reiflicher Überlegung und Abwägen entschloss ich mich, eine Zusammenfassung über POSITIVE und eher NEGATIVE Erfahrungen, während meines 8-Wöchigen Spitalaufenthaltes, auf Papier zu bringen. Ein Versuch, insbesondere Hinweise aufzuzeigen wo es in der Pflege und Betreuung „Potential zu Optimierungen“ gibt oder sich da und dort gar aufdrängen. Bewusst nehme ich in Kauf, das diese Auslegeordnung nicht überall gut ankommt. Damit vertrete ich aber ebenso bewusst, betroffene Menschen, die sich nicht getrauen sich zu wehren. Aber auch im Bewusstsein, dass viele Menschen tagtäglich mit wesentlich schwereren Behinderungen, Krankheiten und Gebrechen zu kämpfen haben. Eine Tatsache, die mir immer wieder auffällt.

.... Kurzweiliges Lesen, oder aktiv werden, wünscht mit allerhand Grüssen us Rotheburg LU

im November 2022