

Aktivierende Pflege nach Bobath

Die Unterstützung der Patienten bei der Bewegung und Positionierung ist ein großer und wichtiger Bestandteil des pflegerischen Alltags. Vor dem Hintergrund immer mehr älterer und multimorbider Patienten, in Verbindung mit kürzeren Verweildauern in den Kliniken bei höheren Fallzahlen wird der Bedarf an Konzepten und Wissen in diesem Bereich immer größer. In deutschen Kliniken werden vermehrt Stellen für Experten oder Pflegespezialisten geschaffen, die sich mit der Mobilität und Bewegung von Patienten auseinandersetzen. Verschiedene Konzepte unterstützen durch unterschiedliche Möglichkeiten und Techniken bei dieser wichtigen Aufgabe.

In diesem Artikel werden die Möglichkeiten der therapeutischen aktivierenden Pflege anhand des Bobath-Konzeptes durch ausgewählte Positionierungen und die dazugehörigen Bewegungsübergänge dargestellt. Die Pflegenden lernen die therapeutisch aktivierende Pflege kennen, die Durchführung der angepassten Seitenpositionierung nach dem Bobath-Konzept, die angepasste Rückenlage und den stabilen Sitz. Es werden abschließend Entwicklungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten vorgestellt.

Autor: Dominik Zergiebel, Pflegespezialist Mobilität Universitätsklinikum Münster, i. Wb. z. Praxisbegleiter Bobath BIKA®, M. A., Fachgesundheits- und Krankenpfleger für Intensivpflege und Anästhesie

Die therapeutisch-aktivierende Pflege

Die Pflege verändert sich. Das Wissen um die verschiedenen Krankheiten steigt jedes Jahr. Auch die Versorgung der erkrankten Menschen verändert sich und entwickelt sich weiter. Verbesserungen unserer Pflegepraxis zielen zum einen auf eine bessere Versorgung unserer Patienten, der

erhofften Verbesserung ihres Lebens ab und zum anderen werden diese Leistungen von den verschiedenen Erlössystemen, wie dem deutsche DRG, verlangt. So ist in dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) festgelegt, welche Leistungen für die einzelnen Behandlungen erfüllt sein müssen. Diese in den Pflegekomplex-Maßnahmen-Scores dokumentierten Handlungen beinhalten u. a. die therapeutisch-aktivierende Pflege nach dem Bobath-Konzept.

Grundsatz ist die konsequente Einbeziehung des Patienten in Pflegehandlungen mit dem Ziel, Eigenaktivität zu ermöglichen und zu fördern.

„Patienten (...) weisen komplexe Beeinträchtigungsmuster im kognitiven, emotionalen, sensorischen, kommunikativen und motorischen Bereich auf. Diese beeinflussen sich gegenseitig und können die daraus erwachsenden Fähigkeitsstörungen verstärken. Die Maßnahmen der therapeutischen Pflege sind darauf ausgerichtet, den Patienten im Hinblick auf Vigilanz, Kommunikation, bewusste Wahrnehmung und absichtsvolle Handlungen zu stimulieren, ungerichtete und unspezifische Unruhe zu mindern, seine eigenen Aktivitäten zu erkennen, zu unterstützen und auszubauen. Grundsätzlich wird der Patient in alle Verrichtungen aktiv einbezogen, wobei sich Art und Umfang nach den jeweiligen Ressourcen/Fähigkeiten sowie den Beein-

LERNZIELE

Wenn Sie diesen Artikel gelesen haben, wissen Sie ...

- wofür Bewegungsübergänge und angepasste Positionierung notwendig sind
- was therapeutisch-aktivierende Positionierung ausmacht
- welche Positionierungen bevorzugt werden können
- welche Techniken nach dem Bobath-Konzept eingesetzt werden können

STICHWÖRTER

Bobath-Konzept, 90-Grad-Positionierung (Lagerung), stabiler Sitz, Positionierung (Lagerung), Pflege-Patienten, Schlaganfall, Rehabilitation, therapeutisch aktivierende Pflege

trächtigungen richten. Selbsthilfetraining zur Anbahnung der Selbstpflegefähigkeit findet auch durch die therapeutische Gestaltung von Alltagssituationen (Körperpflege, Anziehen, Nahrungsaufnahme, Mobilisation usw.) statt. Bei jeder pflegerischen Verrichtung wird mit dem Patienten verbal/nonverbal, mimisch/gestisch und taktil Kontakt aufgenommen.“(1)

Pflegetherapeutische Leistungen müssen im System der DRGs dokumentiert werden. Dies erfordert, dass die Leistungen eindeutig und von Grund- und spezieller therapeutischer Pflege abgrenzbar sind(1). Hierfür sind von verschiedenen Seiten und Einrichtungen Texte und Strukturen geschaffen worden.

Die Bobath-Initiative in der Kranken- und Altenpflege hat eine aktuelle Definition der therapeutisch-aktivierenden Pflege Bobath BIKA® herausgegeben. „Therapeutisch-aktivierende Pflege bezieht sich auf Menschen mit Pflegebedarf und bildet die Grundlage für die Entwicklung von körperlichen, geistigen, emotionalen und sozialen Fähigkeiten. Sie bezieht die vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten ein und stellt sie in einen sinnvollen Kontext. Die therapeutische aktivierende Pflege ist gekennzeichnet durch einen Beziehungsprozess mit zielgerichteten Maßnahmen und Aktivitäten. Interventionen im Rahmen der therapeutischen aktivierenden Pflege sowie Zielsetzung derselben werden gemeinsam mit Patienten, dem Team und den Angehörigen geplant, durchgeführt und im Prozess evaluiert.“(2)

Diese Definition der Bobath-Initiative für Kranken- und Altenpflege beinhaltet verschiedene wichtige Punkte. Unterschiede zu der bisherigen konventionellen Pflege sind insbesondere der Beziehungsprozess und die Einbeziehung der Fähigkeiten des Gegenübers, dessen Selbstpflegefähigkeit und Selbstpflegebedarf im Sinne einer individuellen Begleitung und Förderung.

Rückengerechtes Arbeiten

Die Unterstützung der Patienten bei Pflege, Positionierung und Bewegung führt zwangsläufig zu einer hohen körperlichen Belastung der Pflegenden. Die Wirbelsäule und ihre Strukturen tragen einen großen Anteil dieser belastenden Kräfte. Positionieren und bewegen Pflegenden ihre Patienten mit dem Einsatz von Techniken aus dem Bobath-Konzept, entsteht eine geringere Belastung für ihren Rücken, die Wirbelsäule und die Bandscheiben.

Das Institut für Arbeitsphysiologie an der Universität Dortmund hat in mehreren Studien die Belastung für die Wirbelsäule und die Bandscheiben bei verschiedenen Tätigkeiten untersucht. Es zeigt sich, dass u. a. die Anwen-

dung von Techniken aus dem Bobath-Konzept, neben dem optimalen Einsatz kleiner Hilfsmittel, wie z. B. Gleitfolien, die Druckbelastung der Bandscheiben der Pflegekraft deutlich reduziert(3). Die Untersuchungen ergaben, dass sich bei optimierten Bewegungen und Lagerungen die Belastung um bis zur Hälfte reduzieren lässt. Dies zeigt, neben dem Einsatz von Hilfsmitteln, wie Gleitfolie oder den Stoppersocken, dass das Wissen um besondere angepasste Bewegungsübergänge sehr effizient ist.

Eine aktuelle Studie aus den USA zeigt die positiven Effekte von Fortbildungen und Unterweisungen bezüglich Bewegung und Mobilisation von Patienten. Veröffentlicht wurde die Studie „Implementation of a Progressive Mobilization Program in a Medical-Surgical Intensive Care Unit“ in der amerikanischen Intensivpflegezeitschrift *Critical Care Nurse* im Oktober 2015. Fort- und Weiterbildung der Pflegekräfte führt demnach zu mehr Wissen über die positiven Auswirkungen von Bewegung und Mobilität für die Patienten. Handlungen bezüglich Bewegung und Mobilisation der Patienten veränderten sich und führten zu messbaren Verbesserungen (4).

Lagerung und Positionierung

„Der Begriff der Lagerung eines Patienten sollte durch Bewegen und Positionieren abgelöst werden.“(5) Hier steht die aktive Einbeziehung des Gegenübers, in diesem Fall des unterstützungsbedürftigen Patienten, im Vordergrund. Diese Einbeziehung ist eine Grundlage der therapeutisch-aktivierenden Pflege. Bewegungen sollen dialogisch angeleitet werden. Achtsames Anfassen und ausreichend Zeit, um eine Reaktion abzuwarten, sollen zur Bewegung einladen. Wichtig ist es, den Patienten zu beobachten sowie die Ideen des Gegenübers zu erkennen und seine Strategien für die Bewegungsübergänge.

Dabei soll die Ausgangsstellung so gestaltet sein, dass Eigenaktivität gefördert wird. Es ist weiterhin wichtig zu fühlen, wo die Bewegung hingeht und wann sie leicht wird. Das alles zielt auf eine starke Einbindung der Bewegungsaktivität des Patienten während jeder pflegerischen Handlung ab (6).

Angepasste Rückenlage

Die angepasste Rückenlage stellt eine Zwischenposition in einem Bewegungsübergang oder eine Pausen- und Entspannungsposition dar. Generell haben Rückenlagen verschiedene Nachteile und sollten deshalb nur bewusst und zeitlich begrenzt eingesetzt werden.

Nachteilig wirkt sich in Rückenlagen die Schwerkraft auf die Stellung der Gelenke aus. Der Schluckakt und eine phy-

siologische Atmung sind erschwert und selbst bei einem hoch aufgerichteten Kopfteil treten über längere Liegezeiten negative Auswirkungen in den Vordergrund. Dies kann die Entwicklung eines Dekubitus im Bereich des Steißes sein, eine Aspirationspneumonie bei einer Schluckstörung oder Fehlhaltungen.

Die angepasste Rückenlage versucht, diese Folgen zu reduzieren und durch eine physiologische Ausgangsstellung die nächsten Bewegungsübergänge förderlich vorzubereiten. Die Lagerung wird grundsätzlich individuell an die Bedingungen des Patienten angepasst. Kriterien für eine mögliche Nichtannahme der Unterstüztungsfläche werden erkannt und berücksichtigt. Indikatoren sind ein bleibender hoher Muskeltonus und fühlbare Hohlräume unter dem Oberkörper des Patienten.

Ziel ist eine möglichst große Annahme- und Auflagefläche.

Eine konventionelle Rückenlage (Unterstützung durch ein Kissen unter dem Kopf und Schulterbereich) kann zu einem Hohlkreuz führen. Dieses entsteht durch ein Absinken des Kopfbereiches, mit verbundenem Zug an den Muskeln und Bändern und eine Bewegung des Beckens in Richtung der schweren Oberschenkelpartie. Durch diese Überstreckung des Oberkörpers werden Bewegungsübergänge, normale Beweglichkeit und verschiedene Schutzreflexe erschwert oder unmöglich gemacht. (5)

Begonnen werden kann sowohl mit der Beckenpartie als auch dem Schulterbereich. Hier entscheiden die Pflegenden aufgrund ihrer Erfahrung und der Wahrnehmung, in welchem Bereich eher Bewegung möglich ist oder größerer Veränderungsbedarf besteht (so kann eine Fehlstellung des einen Bereiches, wie eine Rotation des Beckens, einen unterstützenden Bewegungsübergang des anderen Bereiches,



Abbildung 1: Angepasste Rückenlagerung (A-Lagerung)

in diesem Falle des Schulterbereiches, erschweren oder unmöglich machen).

Unter dem Oberkörper wird eine A-Lagerung angepasst. Die Führung der Bewegung wird über eine Rotation eingeleitet, dadurch wird der Oberkörper diagonal nach vorn gebracht. Dies ermöglicht dem Patienten, mehr Kraft zu mobilisieren und eine Teilhabe an der Bewegung. Ziel ist eine gezielte Muskelaktivität und Nutzung der Ressourcen. Es wird der Start, der Beginn eines jeden Bewegungsübergangs, an den Menschen angepasst. Auf ein Startsignal aus den muskulären Strukturen wird immer gewartet und dieses wird dann aufgegriffen und genutzt. Unterstützend können Blickkontakt und verbales Nachfragen genutzt werden („Sind Sie bereit?“ „Kann es losgehen?“). Hierbei gern auf kurze Sätze („Jetzt anspannen“) oder Fragen zurückgreifen, um den Fokus auf die Bewegung und die Muskelaktivität nicht zu stören.



Abbildung 2 +3: Unterstützung bei der Beinaufstellung



Abbildung 4: Bewegen über Rotation



Abbildung 5: Angepasste Rückenlage

Es werden mindestens zwei Kissen benötigt. Die Kissen liegen unter dem Kopf aufeinander und unterstützen dann die Schultern, sodass ein A (ohne unteren Strich) entsteht. Individuell an den Patienten kann ein Handtuch oder ein kleines Kissen zur Nackenunterstützung eingebracht werden.

Nach der Ausrichtung des Oberkörpers wird eine auf die individuellen Bedingungen des Patienten angepasste Lagerung des Beckens angestrebt. Durch eine angemessene Unterstützung der Beine durch die Pflegekraft wird eine optimale Beckenstellung für eine große Auflage- und Unterstützungsfläche erzielt. Kontrolliert wird, durch Herabbewegen der aufgestellten Beine, ab welchem Zeitpunkt das Becken anterior (nach vorn) kippt, dadurch würde nämlich ein Hohlkreuz entstehen mit den o. g. negativen Auswirkungen. Auf dieser Höhe werden die Beine des Patienten mit einem Kissen oder einer Decke unterlagert. Es wird möglichst nur die benötigte Unterstützung angeboten. Dauerhaft zu viel Unterlagerung führt zu einer Verkürzung der Streckmuskulatur der Beine und schränkt die Bewegungsfähigkeit deutlich ein.

Fallbeispiel

Herr R., der wegen einer Schlaganfalls im Krankenhaus liegt, freut sich morgens auf „seine“ Gesundheits- und Krankenpflegerin. Er kennt die Routinen. Nach einer Seitenlagerung wird er über einen geführten Bewegungsübergang in eine angepasste Rückenlage gebracht. In dieser Position verbringt er die Zeit, die die Pflegenden für die Check-ups (Kontrollen der Vitalzeichen und Geräte), die erste Dokumentation und die Vorbereitung und Gabe der morgendlichen Medikamente benötigt.

Angepasste Seitenlage

Die angepasste Seitenlage nach dem Bobath-Konzept (auch 90-Grad-Lagerung genannt) ist eine stabile Seitenlagerung, die den physiologischen Bedürfnissen unseres Körpers entgegenkommt. Ziel ist die Nutzung einer großen Auflagefläche (Unterstützungsfläche), um eine gute Positionierung zu erreichen. Dies kann negative Auswirkungen der horizontalen Wirkrichtung der Schwerkraft und Gravitation reduzieren. Als Seitenschläferposition ist sie eine häufige Schlafhaltung vieler Menschen.

Wichtig sind die Bewegungsübergänge in eine Endposition. Aus der angepassten Rückenlage lassen sich diese Übergänge besonders aktivierend und wahrnehmungsfördernd einsetzen.

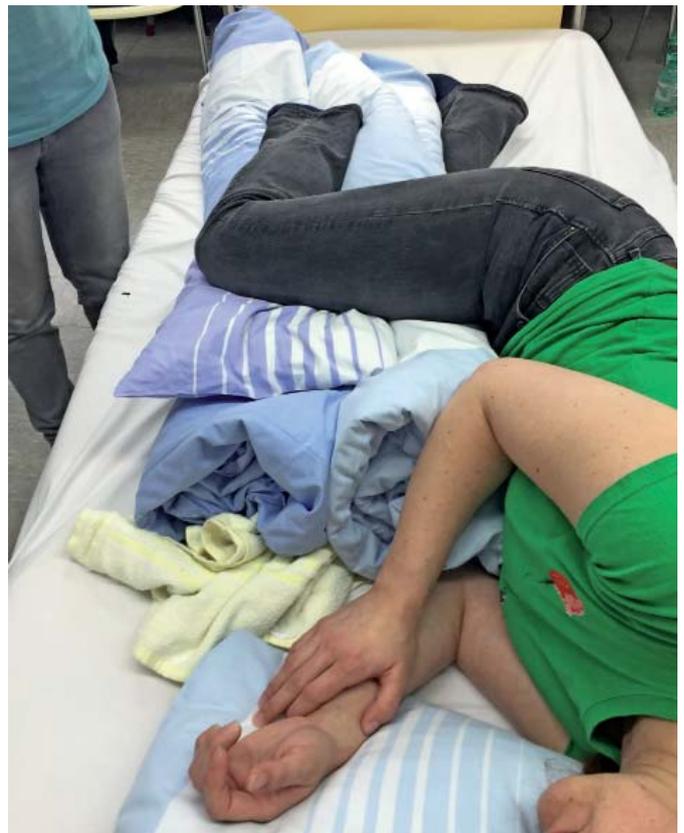


Abbildung 4: Angepasste Seitenlage, 90-Grad-Lagerung

Körperpflege in angepasster Seitenlage

Stabilität ist die Grundlage für Mobilität. Die Möglichkeit, durch eine stabile, ausreichend große Auflagefläche mehr Beweglichkeit zu erreichen, ist eine wichtige Begründung für die Körperpflege in einer Seitenlage. Der Patient wird durch mehrere Bewegungsübergänge in eine stabile Seitenlage um 90 Grad gelagert. Die Position wird so gewählt, dass ausreichend Fläche vor dem Patienten zum Abstellen der Waschschiessel vorhanden ist.

Die Waschschiessel kann in direkter Nähe zum Oberkörper des Patienten auf dem Bett abgestellt werden, im Sichtfeld des Patienten. Die Hand und der Unterarm können gelenkschonend unter Mithilfe der Pflegekraft in das Wasser bewegt werden. Hier erfolgt eine sensorische Kontaktaufnahme zu dem Medium Wasser. Der Waschlappen wird über die Hand gestreift, bei mehr Eigenaktivität führt der Patient die Körperpflege selbstständig aus. In einem frühen Stadium unterstützt die Pflegenden die Waschhandlungen, führt den Arm und die Hand des Patienten. Besondere Aufmerksamkeit wird auf die physiologische Einstellung der Gelenke, Sehnen und Bänder im Schulterbereich gelegt und es wird auf eine langsame Ausführung der Bewegungen geachtet. Die Zeit bei der Anbahnung und ein Warten auf eine muskuläre Antwort stärken die Möglichkeit, Bewegungen selbstgesteuert zu erleben.

Die Rasur und die Zahnpflege sind besonders eindrückliche Möglichkeiten einer sensorischen und motorischen Verbindung. Bei der Mund- und Zahnpflege können Patienten besser die Flüssigkeiten aus dem Mund ausspucken. Auch ist es durch die gewonnene Stabilität eher möglich, den Mund zu öffnen und den Kiefer zu bewegen. So können auch Zahnprothesen leichter entnommen und eingesetzt werden.

Die Bewegungsfähigkeit ist in dieser Position erhöht, dies verbessert die Möglichkeit, den oben liegenden Arm zu bewegen. Auch das Bein lässt sich leichter bewegen und aufstellen, sodass die Intimpflege deutlich gründlicher und umfassender durchgeführt werden kann als in einer Rückenlage.

Im aktivsten Fall wäscht sich der Patient den Kopf sowie den Oberkörper vorn, den Rückenbereich, die Beine bis zu den Unterschenkeln und den Intimbereich sowie das Gesäß absolut selbstständig.

Das Einbetten eines neuen Bettbezuges, das Ankleiden des Oberkörpers und Unterkörpers sind gut möglich. Gestartet wird mit der aufliegenden unteren Seite. Der Patient wird mit seinen Ressourcen maximal einbezogen. Die Tätigkeit, eine Pyjamajacke über den Kopf zu ziehen, kann schon ab der frühen Phase leicht eingeübt werden und schafft Erfolgserlebnisse und das Gefühl beginnender Selbstständigkeit bei dem Patienten.

Stabiler Sitz

Aus der Rückenlage wird eine keilförmig gefaltete Decke unterhalb der Oberschenkel eng an das Gesäß modelliert, danach stellt die Pflegendende das elektronische Bett mit der Beugung im Kniebereich sehr weit hoch.

Im Anschluss wird das obere Teil des Bettes hochgefahren und das Bett etwas nach vorn gekippt. Mehrfach entsteht die Pflegeperson den Rücken des Patienten, indem sie ihn von der Matratze in einer leichten Bewegung nach vorn unterstützt. In einer Position um 45 Grad wird eine mehrfach längs gefaltete zweite Decke unter den Patienten in Höhe der Lendenwirbelsäule eingebracht. Dies erfolgt wieder gemeinschaftlich, die Pflegendende bietet dem Patienten hierbei eine Rotation des Oberkörpers zum leichteren Nach-vorn-Bewegen an und schiebt dabei die Decke in Richtung Lendenwirbelsäule. Die Seiten der Decke hängen währenddessen aus dem Bett und werden zum Patienten zusammengerollt. Dies erhöht die stabilisierende Wirkung und schafft eine gute Aufrichtung der Wirbelsäule. Ein Kopfkissen wird schließlich unter den Schulterblättern eingebracht, ein weiteres stützt den Kopf.

Fallbeispiel „Körperpflege in der Seitenlage“

Herr R. freut sich morgens schon auf das gewohnte Körperpflegeritual. Routiniert reagiert er auf die Handlings der Pflegenden. Sie gibt ihm ausreichend Zeit, auf ihre Hilfestellungen zu reagieren. Sie wartet, dass seine Muskeln anspringen, und führt die Bewegungen. Bald liegt Herr R. stabil auf seiner schwächeren Seite und greift in das körperwarme Badewasser. Nachdem anfänglich die Positionierung auf der Seite für ihn neu und ungewohnt war, sind schnell Routinen und eine steigende Eigenaktivität entstanden. So werden noch einzelne Bewegungen unterstützt, das Aufstellen der Beine wird geführt und Halt in der Endposition gegeben, aber die Pflege übernimmt Herr R. selbst.

Nach der Waschung hilft die Pflegendende beim Anziehen, zuerst ein Unterhemd und die Pyjamajacke. Beginnend mit dem unten liegenden Arm und der Schulter, zieht Herr R. mit seiner aktiveren Hand die Kleidungsstücke über den Kopf und schlüpft dann mit dem Arm hinein. Durch eine Unterstützung des Oberkörpers bewegt sich Herr R. ausreichend weit von der Matratze, um das Hemd herunterzuziehen.

Ähnliches geschieht mit der Inkontinenz- und der Pyjamahose. Mit Unterstützung bewegt sich Herr R. in eine Rückenlage mit angewinkelten Beinen. Die Pflegendende drückt die Fersen fest in die Matratze und stabilisiert das schwächere Bein, sodass Herr R. sein Becken anheben, die Hosen hochziehen und anschließend sich kopfwärts abdrücken kann. Diese Position ist eine sehr gute Basis für den Bewegungsübergang in den stabilen Sitz und die Nahrungsaufnahme, wenn die Stabilität des Rumpfes noch nicht für eine sichere Sitzposition auf der Bettkante ausreicht.



Abbildung 6 und 7: Stabiler Sitz

Durch die keilförmige untere Decke und die Kippung des Beckens ist der Steiß frei gelagert. Ein weiterer Halt kann dem Patienten durch Fußwickel oder ein Kissen vor den Füßen zum Fußteil angeboten werden.



Abbildung 8: Stabiler Sitz

Der stabile Sitz ermöglicht dem Patienten ein hohes Ausmaß an selbst gesteuerter Aktivität. Eine selbstständige eigenaktive Kopfhaltung wird häufig erreicht. Die Stellung der Wirbelsäule zum Becken bedeutet eine gute Voraussetzung für die Kopfhaltung und schafft deshalb eine besonders gute Essposition für Patienten, die an der Bettkante noch nicht ausreichend Stabilität besitzen.

Aufgaben eines Pflegespezialisten „Mobilität“

Ein breites Aufgabenspektrum kennzeichnet den Pflegespezialisten „Mobilität“ (Lagerung und Bewegung mit Schwerpunkt Bobath-Konzept). Er übernimmt morgens regelhaft die pflegerische Versorgung geeigneter Patienten auf den unterschiedlichsten Stationen und gibt dabei praxisorientiert sein Wissen über Möglichkeiten der Mobilisation und Bewegung an die Pflegenden weiter.

Später im Büro dokumentiert er die geleisteten Tätigkeiten, bereitet Schulungen und Trainingssituationen vor, hält sich durch Lektüre aktueller Studien auf dem Laufenden, plant Projekte und hält engen Kontakt zu den verschiedenen Professionen, z. B. den Physiotherapeuten und Ärzten der verschiedenen Fachrichtungen. An den einzelnen Tagen wird schwerpunktmäßig auf einzelnen Stationen pflegerische Versorgung durchgeführt, bei Anfragen auch außerhalb des geplanten und kommunizierten Rhythmus. Es werden Normalstationen, Observationen, Stroke Units und Intensivstationen aufgesucht. Die Vermittlung wird der jeweiligen Patientenklitel und den Bedürfnissen der Pflegenden angepasst.

Zum besseren Kennenlernen hier ein Tagesablauf

Der Pflegespezialist „Mobilität“ kommt morgens um 7:30 Uhr auf eine Intensivstation. Die Pflegenden beginnen gerade mit der Körper-, Mund- und Gesichtspflege. In einer kurzen Runde durch die einzelnen Zimmer werden grundlegende Informationen über die Patienten, deren Erkrankungen und Besonderheiten gesammelt. Geplant wird, welche Maßnahmen durchgeführt werden sollen, Fragen der Pflegenden und Ratschläge für die Umsetzung der Pflege werden ausgetauscht. Dazu gehört auch der Einsatz von Lagerungshilfsmitteln. So wird die Gleitfolie eingesetzt. In der Durchführung werden Kniffe und Einsatzmöglichkeiten gezeigt.

Herr S., mit einer CINP (Critical Illness Neuropathie) und einem ARDS (Akutes Respiratorisches Distress Syndrom) durch eine H1N1-Infektion und einem Body-Mass-Index über 35, wird gemeinsam auf die Bettkante mobilisiert. Der Einsatz des elektronischen Bettes wird optimal genutzt und der Patient erfährt bei der Bewegung eine größere Autonomie und eine geringere Abhängigkeit von den Pflegekräften. Ein strahlendes Lächeln des Patienten und die Zufriedenheit der erfahrenen Intensiv-Pflegekraft und des Pflegespezialisten sind ein schönes Ergebnis.

Weiter geht es mit der Unterstützung eines neuen Kollegen. Neben dem rückschonenden Hoch-Bewegen wird aufgrund vorhandener Intensivfachpflegeerfahrung – wenn notwendig – auch auf akute Fragen eingegangen, wie z. B. den Gebrauch des Darmableitungssystems.

Danach werden zwei Decken kunstvoll gefaltet und die Patienten in den stabilen Sitz gebracht. Durch die Anleitung der Bewegungsübergänge, die Nutzung der Ressourcen der Patienten und eine Anwendung einer Rotation bei der Bewegung wird die Bewegungsunterstützung durch den neuen Kollegen sehr patientenzentriert und mit einer geringen Eigenbelastung ausgeführt. Er stellt gleich fest: „Das kann ich mir aber nicht alles gleich merken.“ Daraufhin wird ein weiterer gemeinsamer Termin vereinbart, um das Erlernte wieder gemeinsam durchzuführen.

In zwei weiteren Zimmern wird die neue Gleitfolie gemeinschaftlich angewendet, verbunden mit der Weitergabe von Kniffen für eine reibungslose Durchführung.

Im Büro dokumentiert, systematisiert und wertet der Pflegespezialist die geleisteten Maßnahmen grafisch monatsweise aus. So lassen sich Schwerpunkte und Unterschiede der verschiedenen Leistungen auf den Stationen erkennen. Wurde in der Zeit mehr Mobilisation oder Lagerung und Bewegung nachgefragt und welcher Art waren diese, wie

viel Anleitungssituationen oder unterstützendes Pflegehandeln finden statt? Des Weiteren werden Unterrichts- und Schulungseinheiten vorbereitet, z. B. zu den neuen Lageungsfolien.

Auf der Station wird gegen Mittag ein freies Bett auf den Flur zur mobilen Trainingssituation. Ein Mitarbeiter simuliert einen Patienten, zwei weitere lagern und bewegen unter Anleitung. Jeder Schritt wird durch den Kollegen-Patienten inhaltlich und sachlich kommentiert („aua, langsam“ oder „oh, das tut gut“) und von dem Pflegespezialisten begleitet. So kommt durch die In-Bett-Schulung, bei ausreichenden zeitlichen Möglichkeiten, jeder in den Genuss, die täglich durchgeführten Pflegemaßnahmen an sich selbst zu erfahren und das ohne anfallende Überstunden, eingebettet in die tägliche Arbeitszeit. Ein Fragebogen schließt die Schulungsmaßnahme ab.

Danach werden noch weitere Pflegemaßnahmen an ausgewählten Patienten durchgeführt. Die Planung des nächsten Tages steht dann an. Zum Abschluss werden aktuelle wissenschaftliche Veröffentlichungen auf ihre Relevanz überprüft, Notizen gemacht und die Aufgaben für den nächsten Tag geplant.

Literatur

- 1 Himaj J. Müller E. Fey B et al. Elzacher Konzept und Leistungskatalog der therapeutischen Pflege in der neurologischen Frührehabilitation (Phase B) Rehabilitation 2011; 50: 94–102.
- 2 Gerdemann, N. Therapeutisch-aktivierende Pflege. In: Die Schwester Der Pfleger 48, H.01/09, S. Praxis 01-02.
- 3 Kuhn S, Jäger M: Forschungsstudie „Lendenwirbelsäulenbelastung durch Patiententransfers“. BGW-Info. Hamburg. https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/Infomaterial/Ifado-Forschungsergebnisse-Download.pdf?__blob=publicationFile. Letzter Abruf 30.05.2016.
- 4 Messer A; Comer L; Forst S.; Implementation of a Progressive Mobilization Program in a Medical-Surgical Intensive Care Unit. In: Crit Care Nurse. 2015 Oct; 35(5):28–42. doi: 10.4037/ccn2015469.
- 5 Friedhoff, M; Schieberle, D; Bobath-Konzept in der Praxis. Grundlagen – Handlings – Fallbeispiele. 3. überarbeitete und ergänzte Auflage, Thieme, Stuttgart 2014. S. 116 ff.
- 6 BIKA® – Bobath-Initiative Für Kranken- und Altenpflege. Leitlinie: Technik Fazilitation. 2016. http://www.bika.de/fileadmin/user_upload/Datien_Instruktoren/user_upload/Leitlinie_Fazilitation.pdf. Letzter Abruf 01.06.2016.

Bildquellen

© Dominik Zergiebel

EXKURS

Weiterbildungsmöglichkeiten

Die angeleitete Arbeit mit Patienten nach den Grundsätzen der therapeutisch-aktivierenden Pflege durch geschulte und erfahrene Anleiter, Pflegespezialisten und Instruktoren der BIKA führen zu einem hohen Zugewinn an Wissen und einer sicheren Durchführung neu erlernter Techniken. Welche Möglichkeiten der therapeutisch-aktivierenden Pflege nach der Bobath-Initiative für Kranken- und Altenpflege gibt es? Im Folgenden werden kurz verschiedene Kurse dargestellt. Weitere Informationen können unter der Homepage www.bika.de abgerufen werden.

Bobath-Grundkurs

„Therapeutisch-aktivierende Pflege Erwachsener nach erworbenen Hirnschädigungen – Bobath Konzept“

8- bis 10-tägiger Kurs (in 2 bis 3 Teilen), bestehend aus theoretischem und praktischem Unterricht und angeleitetem Pflegehandeln, für die Erreichung eines Zertifikats erstellen die Teilnehmer eine dokumentierte Praxisarbeit.

Bobath-Aufbaukurs

Bobath-Pflegeaufbaukurs zur therapeutisch-aktivierenden Pflege Erwachsener nach erworbenen Hirnschädigungen – Bobath-Konzept

- Kursschwerpunkt (a): Für schwerstbetroffene Patienten mit dem Ziel, die Bewegungsfähigkeit des Patienten zu erhalten und anzubahnen.
- Kursschwerpunkt (b): Für Patienten mit den Fähigkeiten zur aktiven Mitarbeit mit dem Ziel, die Alltagskompetenz des Patienten zu fördern.

5-tägiger Kurs nach bestandem Grundkurs. Wiederholung und Vertiefung der im Bobath-Pflegegrundkurs erlernten therapeutisch-aktivierenden Pflege und der Erweiterung spezifischer praktischer Fähigkeiten und des theoretischen Wissens.

Bobath-Praxisbegleiter

2-jährige berufs begleitende Fortbildung. Ziele sind der Erwerb einer Sicherheit auf der methodisch-technischen Handlungsebene und verschiedene Kompetenzen. Die Fortbildung befähigt zu einer Begleitung, Praxisberatung während des Pflegehandeln, der Anleitung von Mitarbeitern und der Ausführung stundenweiser Schulungen in den Kliniken. Umfassende Unterrichtseinheiten und Module schließen mit einer Abschlussarbeit ab.