

# Nur ein Lächeln

Facharbeit  
Qualifikation VAP-ADVISOR  
Lehrgang 0743  
26.09.2018 - 12.03.2019

Von *Rettenmaier, Antje*

**VAP**<sup>®</sup>



VIV-ARTE PFLEGEKONZEPT

# Inhaltsverzeichnis

---

1. Vorwort (Fließtext).....	3
2. Eigener Lernprozess (Fließtext).....	4
3. Bewegungsförderung und Anleitung .....	5
3.1 Vorstellung der Patientensituation (Fließtext) .....	5
3.1.1 Medizinische Diagnose des Patienten .....	5
3.2 Verlauf des Funktionstrainings.....	6
3.2.1 Erster Verlauf (Fließtext) (01.01.2019).....	6
3.2.2 Zweiter Verlauf (Fließtext) (02.01.2019).....	8
3.2.3 Dritter Verlauf (Fließtext) (03.01.2019).....	10
3.2.4 Viertes Verlauf (Fließtext) (04.01.2019).....	12
3.3 Bewegungsdiagnostik.....	14
3.3.1 Einschätzung der Funktionsmöglichkeiten (MOTPA).....	14
3.3.2 Einschätzung der Bewegungsgewohnheiten und der Effektivität in selbstkontrollierten ....	16
Bewegungen .....	16
3.3.3 Einschätzung der Bedingungsfaktoren, welche die Selbstkontrolle oder Effektivität.....	17
begrenzen .....	17
3.4 Wesentliche Veränderungen in der Selbstkontrolle des Patienten für ATL´s mit dem	
Funktionstraining verteilt über 4 Tage (Fließtext).....	21
3.5 VAP-Planung der 3-Phasen der Mobilisation .....	22
3.6 Mobilisationsplan für die tägliche Pflege (gleicher Patient) .....	25
3.7 Reflexion Lernprozess mit einer Pflegeperson beim gleichen Patienten .....	26
(Fließtext) (05.-07.01.2019) .....	26
4 Workshop Bewegungsförderung während täglicher Pflege .....	28
4.1 Planung des Workshops für Kollegen und Reflexion der Unterrichtsdurchführung (Fließtext)	
(17.01.2019).....	29
4.2 Allgemeine Erfahrungen bei der Anleitung von Pflegepersonen für.....	32
Bewegungsförderung während täglicher Pflege am Patienten (Fließtext) .....	32
5. Zusammenfassung und Ausblick (Fließtext) .....	33
6. Literaturverzeichnis.....	34

# 1. Vorwort (Fließtext)

---

Ich heiße Antje Rettenmaier, bin 34 Jahre alt, verheiratet und habe zwei Kinder im Alter von 3 und 5 Jahren.

Derzeit arbeite ich als Gesundheits- und Krankenpflegerin im Ostalb-Klinikum Aalen auf der Stroke Unit, die an eine neurologische Station angegliedert ist.

Während meiner Ausbildung hatte ich das erste Mal Kontakt mit dem Bewegungskonzept Kinaesthetics und nahm 2010 am Grundkurs teil. Ich weiß noch sehr genau, wie ich völlig erstaunt und extrem fasziniert auf meinem Stuhl saß und dem Ganzen zusah. Es sah alles so leicht aus, ohne Anstrengung, so spielend, so mühelos.

Kinaesthetics begleitete mich nach der Ausbildung ins Fachkrankenhaus Neresheim auf die Intensivstation, wo es sich schnell mit anderen Konzepten wie Bobath, basale Stimulation und LiN® vermischte.

Nach der ersten Elternzeit kehrte ich ins Ostalb-Klinikum zurück. Und plötzlich sprach man nicht mehr von Kinaesthetics, sondern von VIV-ARTE®. Eine Kollegin, die gerade Modul 2 abgeschlossen hatte, erhielt durch die damalige VAP-Lehrerin eine Praxisbegleitung. Ich durfte diese begleiten und beobachtete das erste Mal ein Warm-Up M2/1 mit anschließender Mobilisation in den Rollstuhl. Wieder stand ich völlig fasziniert und staunend dabei und dachte für mich, das möchte ich auch können.

Im Mai 2017 erlitt ich einen Bandscheibenvorfall, der mein Leben völlig auf den Kopf stellte. Der konservative Genesungsprozess inklusive Rehabilitation und Wiedereingliederung dauerte 7 Monate. Eine lange Zeit um sich viele Gedanken zu machen. Wie wird es weitergehen? Wie sieht meine Zukunft aus? Was kann ich ändern? Sehr viele Zweifel und Tränen begleiteten diesen Weg.

In der Reha wurde mir mitgeteilt, ich müsse zurück in die Pflege. Ein Bandscheibenvorfall und auch mein Arbeitsbereich seien kein Grund für eine Umschulung. Da stand ich nun. Sie schicken mich zurück an den Ort, der mit für meine Lage verantwortlich war. Zurück zu den schwer betroffenen Patienten, die immer älter, unbeweglicher, schwerer werden. Nun begannen die Zweifel und das Hirnen von Neuem. Soll ich in einen anderen Bereich wechseln? Anästhesie? Funktionsdienst? Gespräche mit der Betriebsärztin und im Rahmen des BEM (betrieblichen Eingliederungsmanagement) folgten. Mein Kopf sagte mir: Anästhesie. Mein Herz schrie immer wieder: Neuro! Das kannst du! Darin bist du gut! Verbieg dich nicht! Es gibt andere Wege! Wege, die du noch nicht sehen kannst.

Und in der Tat, dieser Weg, eine Möglichkeit kam, ohne dass ich danach gesucht hätte.

Die Mitarbeiter unserer Station wurden nach und nach in VAP Modul 1-4 geschult. So auch ich nach der erfolgreichen Wiedereingliederung. Und da war sie wieder: die Faszination und das Staunen über ein Konzept, das mit manchmal kleinen Schritten so viel erreichen kann. Für Patienten, für Angehörige, für Pflegekräfte und für mich persönlich und meinen angeschlagenen Rücken.

Jetzt wurden für die geschulten Stationen VAP-Fachberater gesucht, ich bewarb mich für die Stelle um für meine Kollegen, Patienten und auch für mich eine Verbesserung und Erleichterung unseres Alltags erzielen zu können und nun sitze ich hier und schreibe meine Facharbeit.

## 2. Eigener Lernprozess (Fließtext)

---

Von der Bewerbung zum VAP-Fachberater bis zum eigentlichen Beginn verging ein knappes halbes Jahr. Eine sehr lange Zeit für mich, da ich doch eigentlich gleich damit starten wollte um eine Verbesserung und Erleichterung des Alltages zu erzielen. Die Bandscheibenvorfälle und Lumboischialgien meiner Kollegen häuften sich. Alle schwer betroffenen Patienten hatten gefühlt über 100kg. Mit jedem Patienten wuchs die Angst.

Dann ging es Ende September 2018 in Ulm los. Endlich!

Und dann steht man da und hat das Gefühl, nichts zu können. Und ich als kleiner Perfektionist kann mir das sehr gut einreden! Und wehe, nicht alles läuft von Anfang an perfekt und wie am Schnürchen! Da sind sie wieder: die Zweifel. Was mache ich hier eigentlich? Zu Hause sind meine 2 kleinen Kinder und verzichten auf mich während ich mich hier „plagen“ muss. Kreisförmig, Gewichtsverlagerung, Interaktion, menschliche Funktion, Mobilisationsplan, Funktionstraining, schriftliche Ausarbeitung, Hausaufgabe, Heimweg, Haushalt, Alltag, Kinder,...ich fühle mich völlig erschlagen, überfordert und hilflos. Eine Ecke zum Weinen scheint sehr verlockend.

Der erste Block ist vorbei. Jetzt heißt es üben, vertiefen, lernen. Ich schnappe mir meinen VAP-Teacher vor Ort und fordere meine eigene persönliche Praxisbegleitung ein. Jeder Patient, jede weitere noch so kleine Erkenntnis über das bereits Gelernte, bringt mich ein Stück weiter voran. Der Gesichtsausdruck des Chefarztes als ihm ein Patient bei Visite mit Begeisterung und einem strahlenden Lächeln im Gesicht erzählt, dass er wieder allein aufstehen kann, unbezahlbar. Dem Patienten war die Diagnose nicht wichtig, nicht das weitere Vorgehen. Für ihn zählte, dass er alleine und ohne Hilfe aufstehen kann. Nur das!

Ok! Kreisförmig, passiv. Sitzt! Lläuft! Das bekomme ich hin.

Beginn zweiter Block Ende November. Jetzt fangen die hier an mit Drehen-Strecken, Drehen-Beugen! Geht's eigentlich noch? Das andere gerade mal so verinnerlicht, jetzt wieder was „Neues“. Der Knoten im Kopf bildet sich wieder.

Dann setzt die Gruppendynamik ein! Den anderen geht es genauso! Ich bin nicht alleine! Zusammen werden wir das schon meistern!

Nächste Ausarbeitung Hausarbeit, Facharbeit, Workshop, ... mein Perfektionismus steht mir so verdammt im Weg! Tränen, Zweifel, immer wieder. Wo ist meine Begeisterung hin? Mein Willen, das auch zu können? Aber ich kann doch! Nicht perfekt! Aber das muss ich auch nicht! Ich stehe am Anfang eines Prozesses. Jeder weitere Patient begleitet diesen Prozess. Jeder meiner Kollegen. Ich werde immer wieder etwas Neues lernen, immer wieder zweifeln, aber das muss wohl so sein. Diese Weiterbildung hat mich geprägt, macht einen Teil von mir aus. Ich ver falle nicht mehr in alte Muster (meistens). Ich setze VAP um, verinnerliche es jeden Tag ein Stück mehr. Ich gebe mein Wissen weiter. Meine Kollegen fragen um Hilfe, um Rat. Wie weit bin ich in nur 4 Monaten gekommen? Weiter als ich je gedacht hätte... Und mein Prozess geht weiter...

„Am Ende wird alles gut. Wenn es nicht gut wird, ist es noch nicht das Ende.“ (Oscar Wilde)

## 3. Bewegungsförderung und Anleitung

---

### 3.1 Vorstellung der Patientensituation (Fließtext)

Frau K ist 88 Jahre alt, verwitwet und lebt allein im eigenen Haus, der Sohn mit Ehefrau und 2 Kindern wohnt in der Nachbarschaft. Sie ist 1,57m groß und wiegt 51kg. Frau K. hat eine bekannte demenzielle Veränderung, die sie in letzter Zeit in ihren kognitiven Fähigkeiten immer mehr einschränkt, auch bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (sich waschen, sich anziehen) benötigt sie vermehrt Hilfe. Dies und auch die Unterstützung beim Führen des Haushaltes übernehmen seither die Angehörigen. Ein Antrag auf Pflegegrad wurde mit Einstufung in Pflegegrad 2 Mitte Dezember bewilligt. Im Haus kann sich Frau K. selbstständig bewegen, auch das Treppensteigen funktioniert noch. Wege zu Fuß wie zum Beispiel zum Einkaufen bewerkstelligt sie in Begleitung.

Am 20.12. traf der Sohn seine Mutter in ihrem Schlafzimmer mit Straßenschuhen an den Füßen, im Bett liegend an. Sie machte einen verwirrten, planlosen Eindruck und lief anschließend ziellos durch die Wohnung. Auffällig war für ihn, dass sie nichts gesprochen habe. Er verständigte den Rettungsdienst.

Frau K. wird mit einer Hirnblutung links und motorischer Aphasie auf die Stroke Unit aufgenommen. Sie benötigt Unterstützung in den ATL's und läuft gangsicher am Rollator. Die Aphasie besteht weiterhin, Frau K. kann alle Aufforderungen umsetzen. Die Vitalfunktionen waren stets stabil.

Am 24.12. wird sie auf die neurologische Normalstation verlegt. In der Nacht vom 26.12. auf den 27.12. verschlechtert sich Frau K. zusehends. Sie ist somnolent und entwickelt eine Hemiplegie auf der rechten Körperseite. Das CT-Bild zeigt eine erneute Blutung links mit Ventrikeleinbruch und Mittellinienverlagerung. Das schlechte Bild und die Diagnose veranlassen die Ärzte dazu, die Angehörigen über eine Palliativsituation aufzuklären.

Am 30.12. wird Frau K. wacher, ist auf Ansprache erweckbar, fixiert und verfolgt mit den Augen. Die Palliativdiagnose wird revidiert.

Aktuell (1.1.) ist Frau K. auf Ansprache erweckbar, jedoch meist sehr müde und wenig belastbar, die Orientierung kann aufgrund der Aphasie nicht eingeschätzt werden. Sie hat weiterhin die Hemiplegie auf der rechten Seite, einen sehr ausgeprägten rechtsseitigen Neglect und eine leichte Dysphagie. Das Essen (passierte Kost plus Fresubin-Creme) wird eingegeben, die Getränke ange-dickt und nur unter Aufsicht und bei ausreichender Vigilanz verabreicht. Aufgrund der wechselnden Vigilanz der Patientin kommt sie enteral nicht auf ihre Flüssigkeitsmenge und erhält parenteral über eine periphere Venenverweilkanüle zusätzliche Flüssigkeit. Zur Schmerzmedikation sind Novalgin oder Paracetamol i.v. bei Bedarf angeordnet. Sie ist stuhl- und harninkontinent und mit aufsaugendem Inkontinenzmaterial versorgt.

#### 3.1.1 Medizinische Diagnose des Patienten

Intracerebrale Blutung links mit Ventrikeleinbruch und Mittellinienverlagerung mit motorischer Aphasie, Hemiplegie rechts und Neglect nach rechts

Nebendiagnosen:

- Demenz
- Makuladegeneration bds.
- November 2018 Lumboischialgie links
- Kyphose im Bereich der oberen Brustwirbel

## 3.2 Verlauf des Funktionstrainings

### 3.2.1 Erster Verlauf (Fließtext) (01.01.2019)

Frau K. befindet sich in Seitenlage links mit erhöhtem Kopfteil im Bett. Sie saß zum Mittagessen im Pflegestuhl (für 30 Min.) und schläft nun. Ich spreche sie an um ihr mein Vorhaben zu erklären. Sie öffnet nur kurz die Augen und schläft weiter. Ich entferne unter Bewegungsanbahnung die Lagerungsmaterialien. Das Kopfteil lasse ich aufgrund der Hirnblutung erhöht (ca. 20°) und drehe Frau K. auf den Rücken. Anschließend bewege ich sie im kreisförmigen Bewegungsmuster in 2 Schritten auf jeder Seite passiv im Bett nach oben. Die Aufforderung, ihr linkes Bein anzustellen, setzt die Patientin nicht um bzw. schläft einfach weiter. In Rückenlage fällt auf, dass ihr Kopf nach links gewandt ist. Unter beiden Knien sind starke Hohlräume sichtbar. Diese unterlagere ich mittels gefaltetem Molton und modelliere sie an die Patientin für eine bequeme Lage an. Am Kopf absolviere ich ein Warm-Up M1. Man spürt deutliche Verspannungen bei Drehen des Kopfes nach rechts und links. Danach lässt sich der Kopf in einer mittigen Position auf dem Kopfkissen ablegen. Frau K. benötigt ein großes Kopfkissen um die Krümmung der Kyphose für eine gute Position in Rückenlage auszugleichen.

Bei einer Hemiplegie besteht aufgrund der inaktiven Muskeln und der dadurch instabilen Gelenke die Gefahr einer Subluxation der Schulter oder einer Verletzung des Hüftgelenks. Zu starke Rotationen im Gelenk sollten vermieden werden. Deshalb passe ich auf der rechten Körperseite sowohl Bewegungsanbahnung, als auch Aufstellen des rechten Beines und das Warm-Up M2/1 an Arm und Bein an, indem ich das Ausmaß/Radius der Drehung anpasse und sehr behutsam und bedacht vorgehe. Ich achte darauf, die Haltungsebenen zu betonen und bei den Transportebenen behutsamer vorzugehen um z.B. die Übertragung ins Hüft- oder Schultergelenk nicht zu stark werden zu lassen. Ich arbeite mit kleinen Ausgleichsbewegungen um die Transport- und Haltungsebenen beweglich zu erhalten. Auch bei den Positionswechseln und bei den Lagerungen muss ein besonderes Augenmerk auf der plegischen Seite liegen.

Ich absolviere an den Hauptauflageflächen ein Cool-Down und beginne anschließend mit dem Warm-Up M2/1 (beginnend mit der linken Körperseite um nach basalen Gesichtspunkten folgend das Gefühl von der weniger betroffenen auf die mehr betroffene Körperseite zu bringen). Ich verwende ein Bein- und Venenöl um gleichzeitig die Haut mitzupflegen.

Der rechte Fuß und auch die rechte Hand sind leicht ödematös und die rechte Körperseite ist kühler als die linke. Dies gibt sich beides nach dem Warm-Up.

Beim rechten Bein ist weder eine Außenrotation, noch Abduktion zu erkennen (würde auf ein bereits „geschädigtes“ Hüftgelenk hindeuten). Das rechte Knie lässt sich nicht komplett beugen oder strecken, der zu unterlagernde Hohlraum ist nach dem Warm-Up weniger geworden, aber weiterhin vorhanden.

Der Tonus auf der rechten Seite ist schlaff.

Auch auf der linken Seite ist das Knie in der Beweglichkeit eingeschränkt. Dies gibt sich nach jeder Wiederholung etwas mehr, zum Schluss kommt das Bein etwas besser auf der Unterstützungsfläche zum Liegen und muss nur noch minimal unterlagert werden. Auffällig auf der linken Seite ist, dass beim Versuch das Knie anzubeugen und über das Becken zu führen, die Patientin vor Schmerz das Gesicht verzieht und stöhnt. Die Lumboischialgie scheint also weiterhin vorhanden zu sein. Auch die Außen- und Innenrotation des Hüftgelenkes sind eingeschränkt.

Eine Bewegungseinschränkung in den Armen ist nicht erkennbar, die rechte Schulter ist nicht subluxiert.

Schon während des Warm-Ups öffnet Frau K. vermehrt die Augen, auch der von mir unbeabsichtigt ausgelöste Schmerzreiz trägt dazu bei, dass sie wacher wird. Eine Sprachproduktion gibt es nicht. Ich muss die Patientin immer von ihrer linken Seite aus ansprechen und auch dort in ihrem Blickfeld stehen. Von der rechten Seite her kommt aufgrund ihres Neglectes nach rechts keine Reaktion. Spontanbewegungen auf der linken, nicht plegischen Seite, werden keine beobachtet (sind aber auf Schmerzreiz hin auslösbar).

Ich verschiebe das Becken passiv im kreisförmigen Bewegungsmuster nach links um Frau K. anschließend in die Seitenlage rechts 90° zu drehen (im kreisförmigen Bewegungsmuster). Die verbale Aufforderung, ihr linkes Bein anzustellen, setzt Frau K. nicht um. Durch taktile Unterstützung initiiert sie die Bewegung, muss dabei aber unterstützt werden. Auch die Haltefunktion muss von mir übernommen werden. In der Seitenlage zentriere ich die Position mittels minimaler Korrektur des Beckens. Das untere Bein liegt auf der Unterstützungsfläche auf. Das obere Bein lagere ich auf einem Kissen. Der rechte Arm liegt angewinkelt mit auf dem Kissen und wird so unterstützt, dass er nicht in eine unphysiologische Position rutschen kann. Im Anschluss an die Lagerung erfolgt ein Cool-Down M3 an Schulter, Becken und Beinen. Ich verabschiede mich für den nächsten Tag.

Da sich Frau K. nicht verbal äußern kann, wird im Pflorgeteam besprochen, was wir für Frau K. erreichen und verbessern wollen. Mit dem Funktionstraining soll die Wahrnehmung und die Aufmerksamkeit gefördert werden. Außerdem soll eine gute Sitzposition für die Tätigkeit am Ort für die Nahrungsaufnahme erreicht werden. Momentan wird Frau K. je nach Vigilanz und Belastungsgrenze für 1-2 Nahrungsaufnahmen in den Pflegestuhl mobilisiert. Ziel wären alle 3 Mahlzeiten mit deutlich längerer Dauer als 30 Minuten.

### 3.2.2 Zweiter Verlauf (Fließtext) (02.01.2019)

Heute betrete ich das Patientenzimmer in dem Moment als die zuständige Pflegekraft gerade die aktivierende Waschung nach dem Bobath®-Konzept beendet. Frau K. ist wach und schaut mich an. Ich begrüße sie, stelle mich erneut vor und erkläre mein Vorhaben für heute (Hinsitzen an die Bettkante). Sie lächelt und sagt „ja“.

Sie befindet sich in Rückenlage, das Kopfteil ist erhöht. Sie ist etwas im Bett nach unten gerutscht. Der Kopf ist nach links gewandt und folgt mir nicht über die Mitte hinaus.

Ich lasse das Kopfteil erhöht (ca. 20° aufgrund der Blutung) und bewege Frau K. passiv im kreisförmigen Bewegungsmuster 2 Schritte auf jeder Seite im Bett nach oben. Heute stellt sie das linke Bein nach taktilen Impuls mit Hilfe an, die Stütz- und Haltefunktion muss wieder von mir übernommen werden. Ich achte jeweils darauf, das zweite Bein besser zu integrieren, indem ich es leicht anwinkle um eine bessere Gewichtsverteilung erzielen zu können.

Ich unterlagere die sichtbaren Hohlräume an den Knien (links weniger ausgeprägt als gestern, rechts gleichbleibend) und absolviere ein Warm-Up M1 am Kopf um diesen in mittiger neutraler Position auf dem Kopfkissen ablegen zu können.

Nach dem Cool-Down an den Hauptauflageflächen starte ich mit dem Warm-Up M2/1, wieder beginnend mit der linken Körperseite.

Frau K. baut Tonus auf und bewegt die linke Seite etwas mit. Das Knie wird mit jeder Wiederholung beweglicher, das Bein lässt sich ohne Unterlagerung auf die Unterstützungsfläche ablegen. Die Schmerzen hat die Patientin weiterhin beim Anbeugen des Knies und Führen über das Becken, wirken aber weniger als gestern. Auch die Außen- und Innenrotation der Hüfte toleriert Frau K. heute besser.

Die Ödeme in Fuß und Hand rechts sind gleichbleibend im Vergleich zu gestern und nach dem Warm-Up kaum mehr sichtbar.

Heute macht die Patientin die Bewegungen mit ihrer linken Seite mit, als ich an der rechten Seite arbeite. Sie bewegt spontan ihren linken Arm und fasst sich ins Gesicht, das linke Bein stellt sie von sich aus auf und hält es auch. Die Augen sind meist geschlossen, ich habe den Eindruck, dass Frau K. immer wieder einschläft/döst.

Das Anziehen der Hose verbinde ich mit dem Üben der Brücke. Die Hose bereite ich so weit vor, indem ich die Beine über Bewegungsanbahnung anstelle und die Hose so weit wie möglich anziehe. Dann knie ich mich zur linken Seite der Patientin mit ins Bett, damit sie mich besser wahrnimmt. Das linke Bein hat sie immer noch aufgestellt, das rechte stelle ich auf und unterstütze dann beide mit Stütz- und Haltefunktion. Ich initiiere die Brücke durch Gewichtsverlagerung vom Becken auf die Füße. Dies mache ich 3x bis ich den Tonusaufbau im linken Bein spüre und initiiere dann eine Druckveränderung Richtung Schulterbereich. Frau K. hebt leicht ihr Becken an, ich kann die Hose an dieser Seite anziehen. Auf der rechten Seite gelingt kein Tonusaufbau. Hier ziehe ich die Hose an, indem ich Frau K. im kreisförmigen Bewegungsmuster leicht zur Seite drehe.

Anschließend verschiebe ich das Becken passiv im kreisförmigen Bewegungsmuster nach links und drehe Frau K. in Seitenlage rechts. Die Position zentriere ich mittels minimaler Korrektur des Beckens.

Ich wechsele die Bettseite. Mir fällt auf, dass Frau K. nicht nah genug an der Bettkante liegt. Dies korrigiere ich, indem ich die Seitenlage wieder dezentriere (am Becken) und sie insgesamt etwas näher an die Bettkante hole.

Danach bahne ich zum Hinsetzen an die Bettkante 3x die Druckkontrolle im kreisförmigen Bewegungsmuster an (Warm-Up M2/2). Frau K. stützt dabei etwas mit ihrer linken Hand mit. An der Bettkante angekommen übernimmt die linke Hand minimale Stützfunktion. Den rechten, plegischen Arm lege ich körpernah in den Schoß der Patientin, damit er nicht herunterhängt.



Entgegen meiner Erwartung hat die Patienten an der Bettkante keine Fallneigung nach rechts, sondern nach hinten. Wir gehen im kreisförmigen Bewegungsmuster 1 Schritt auf jeder Seite näher zur Bettkante, ich zentriere die Sitzposition (Übertragung minimaler Bewegungen in alle 4 Richtungen über die Knie) und fahre anschließend das Niederflurbett nach unten, bis die Patientin Bodenkontakt hat. Die Fallneigung nach hinten ist weiter vorhanden, aber nicht mehr so stark ausgeprägt.

Sobald Frau K. an der Bettkante sitzt, öffnet sie die Augen, schaut mich an und lächelt. Für einen kurzen Moment gelingt es ihr auch, mir über die Mitte minimal auf die rechte Seite zu folgen. Da Frau K. mich nur über die linke Seite wahrnimmt, setze ich mich nicht rechts an die plegische Seite, sondern zu ihrer Linken, greife um sie herum und fixiere den rechten Arm. Da sie keine seitliche Fallneigung hat und nicht pushed, geht dies problemlos. Eine Fallneigung nach hinten ist nicht mehr zu erkennen. Ich nehme mir den Becher mit angedicktem Saft und frage sie, ob sie etwas trinken möchte. Dies bejaht sie. Ich gebe ihr den Becher in die linke Hand und helfe ihr, ihn zum Mund zu führen. Frau K. trinkt schluckweise. Sobald sie fertig ist, legt sie ihren Kopf seitlich auf meiner Schulter ab und seufzt. So sitzen wir für ca. 10 Minuten. Eine Unterhaltung kommt nicht wirklich zu Stande. Alle meine Fragen werden mit „ja“ beantwortet.

Um die Patientin in die Seitenlage bringen zu können, gehe ich mit ihr im Sitzen im kreisförmigen Bewegungsmuster links 1 Schritt, rechts 2 Schritte weiter zurück ins Bett hinein (Position ist dezentriert) und bringe sie über die rechte Seite in die Seitenlage 90°. Die Seitenlage muss nur minimal korrigiert werden. Frau K. lagere ich wie am Tag zuvor und absolviere ein Cool-Down M3 an Schulter, Becken und Beinen. Das Sitzen hat sie sichtlich angestrengt. Sie schläft sofort ein.

Gestern lag Frau K. alleine im Zimmer, heute hat sie eine Mitpatientin. Diese verfolgt mein Tun aufmerksam und ist sehr begeistert, wie sich auf unserer Station um die Patienten gekümmert wird. Ich kläre sie darüber auf, was ein Funktionstraining ist und dass wir dieses leider nicht jeden Tag leisten können.

Ich achte stark auf mein Tempo, da ich gerne dazu neige zu schnell zu sein (ist unserem hektischen Alltag geschuldet) und genieße es schon auch, Zeit für die Patientin zu haben und nicht gestört zu werden.

Mit der zuständigen Pflegekraft spreche ich ab, dass ich Frau K. am nächsten Tag gern zum Mittagessen in den Pflegestuhl mobilisieren möchte. Für sie passt es vom Ablauf her.

### 3.2.3 Dritter Verlauf (Fließtext) (03.01.2019)

Frau K. ist weiterhin stabil. Die zuständige Pflegekraft übergibt mir, dass sie den Eindruck hat, ihre wachen Momente würden zunehmen. Die Patientin saß zum Frühstück nicht im Pflegestuhl, sondern im Sitzbett im Bett. Seit 45 Min. liege sie nach der Ganzwaschung in Seitenlage rechts. Sie ist bereits angezogen. Heute begleiten mich unsere FSJlerin und die Schülerin im 2. Ausbildungsjahr zur Gesundheits- und Krankenpflegerin (sie hatte Modul 1+2 im Dezember 2018) zum Funktionstraining.

Im Zimmer werde ich von der Mitpatientin mit einem strahlenden Lächeln und den Worten „auf Sie haben wir schon gewartet“ begrüßt.

Da Frau K. in Seitenlage rechts liegt und mich beim Betreten des Zimmers somit nicht sehen kann, gehe ich um das Bett herum um sie zu begrüßen. Sie schläft, also wecke ich sie auf. Als sie mich sieht, lächelt sie und versucht „hallo“ zu sagen. Ich erkläre ihr, dass demnächst das Mittagessen kommt und ich sie dazu gerne in den Pflegestuhl mobilisieren möchte. Sie bejaht dies.

Ich entferne die Lagerungsmaterialien unter Bewegungsanbahnung und drehe sie auf den Rücken. Das Kopfteil bleibt wie immer erhöht. Ein Schritt im Bett nach oben ist heute nicht nötig. Der Kopf liegt fast mittig, trotzdem absolviere ich ein Warm-Up M1 am Kopf. Die Verspannungen werden mit jedem Tag weniger, auch das Drehen des Kopfes auf die rechte Seite fällt leichter. Die Knie werden wieder mittels Molton unterlagert (linkes Knie minimal, rechts benötigt auch etwas weniger Unterlagerung als die letzten Tage).

Dann erfolgt das Cool-Down an den Hauptauflageflächen.

Die Mitpatientin verfolgt das Ganze fasziniert und sagt, sie hätte jetzt auch gern so ein „Rundum-Sorglos-Programm“. Ich frage sie, ob die Schülerin ein Warm-Up bei ihr machen dürfe. Das wird strahlend und mit Begeisterung von allen Beteiligten angenommen.

Ich beginne mit meinem Warm-Up M2/1 bei Frau K. und leite gleichzeitig die Schülerin an. Die Bewegungseinschränkungen vor allem bei Außen- und Innenrotation der linken Hüfte sind weiterhin vorhanden, aber schon besser als die letzten Tage. Beugung und Streckung linkes Knie geht besser, rechts ist es gleichbleibend. Schmerzen scheint Frau K. heute keine zu haben. Die Ödeme in Fuß und Hand rechts sind weniger als gestern und nach dem Warm-Up nicht mehr sichtbar. Frau K. stellt heute schon vor dem Warm-Up das linke Bein auf und fährt sich mit der Hand ins Gesicht. Die Augen sind wie immer meist geschlossen und sie döst vor sich hin.

Da ich wieder über die betroffene Seite an die Bettkante sitzen möchte und ich über die Brücke eine Drehung zur Seite initiieren könnte, übe ich diese wieder mit Frau K. Es verhält sich gleich zu gestern. Über die linke Seite wird Tonus im Bein und eine Druckveränderung in Richtung Schulter aufgebaut und das Becken leicht angehoben. Auf der rechten Seite gelingt das nicht. Eine Drehung zur Seite ist trotzdem nicht möglich.

Vom Vortag weiß ich, dass eine minimale Verschiebung des Beckens zur Seite genügt, damit Frau K. im richtigen Abstand zur Bettkante liegt. Dies tätige ich im kreisförmigen Bewegungsmuster und drehe Frau K. anschließend in Seitenlage rechts 90°. Die Seitenlage wird durch minimale Korrektur des Beckens zentriert.

Dann bahne ich zum Hinsetzen an die Bettkante wieder 3x die Druckkontrolle im kreisförmigen Bewegungsmuster an (Warm-Up M2/2) und achte sehr genau auf die Integration des 2.Beines um in einem breiteren, stabileren Sitz anzukommen. Frau K. stützt heute mit ihrer linken Hand gut mit. Die Fallneigung nach hinten ist minimal. Frau K. ist wach, fixiert und verfolgt. Wir gehen im kreisförmigen Bewegungsmuster 1 Schritt auf jeder Seite näher zur Bettkante, ich zentriere wie gestern die Sitzposition.

Ich positioniere mich für einen Sitztransfer an der rechten Seite der Patientin. Die Schülerin zieht ihr die Schuhe an, dabei ist zu beobachten, dass Frau K. ihren Kopf über die Mitte zur rechten Seite dreht um sie dabei zu beobachten. Jetzt lege ich ihr rechtes Bein über mein Bein, greife um sie herum und fixiere ihren rechten Arm nah am Körper. Die Schülerin bereitet unterdessen den Pflegestuhl vor und stellt ihn links neben das Bett. Der Zwischenraum (zwischen Bett und Pflegestuhl) wird mittels Decke ausgepolstert. Da Frau K. relativ klein ist, erreichen wir keinen Bodenkontakt. Näher an die Bettkante können wir nicht, da sonst kein Halt mehr gegeben wäre. Also holt die Schülerin einen kleinen Schemel zum Ausgleich und positioniert das linke Bein der Patientin darauf. Wir gehen in 3 Schritten im kreisförmigen Bewegungsmuster passiv über die linke Seite in den Pflegestuhl. Nach jedem Schritt wird der linke Fuß korrigiert und darauf geachtet, dass er noch fest auf dem Schemel steht. Im Pflegestuhl angekommen gehe ich mit Frau K. jeweils 1 Schritt im kreisförmigen Bewegungsmuster im Pflegestuhl ganz nach hinten Richtung Lehne und zentriere die Position, indem ich über meine Knie minimale Bewegungen in alle 4 Richtungen übertrage. Die Patientin erhält eine längs gefaltete Decke in den Rücken, die an der rechten Seite zur Stabilisierung und Tonusregulation an den Körper anmodelliert wird. Der rechte Arm wird auf dem Tisch des Pflegestuhls auf einem Kissen in physiologischer Stellung gelagert. Der Stuhl wird ganz nach unten gefahren, als Kontakt zum Boden werden die Beine auf den Schemel gestellt (bei uns auf Station wird versucht ohne die Fußraster zu arbeiten, da diese teilweise sehr instabil sind). Es erfolgt ein Cool-Down M1 am Becken, am plegischen Fuß und Arm.

Frau K. sitzt jetzt wach und stabil im Pflegestuhl und lächelt mich strahlend an. Sie dreht den Kopf etwas über die Mitte auf die rechte Seite, verweilt dort aber immer nur kurz. Die Schülerin bleibt bei ihr um das Essen einzugeben, ich hole den zuständigen Arzt dazu, damit er Frau K. in einem wachen Zustand visitieren kann. Er ist begeistert von den Fortschritten und dem wachen Zustand in sitzender Position. Da Frau K. stabil ist, wird entschieden, den Kurzzeitpflegeplatz, den die Pflegeüberleitung organisiert hat für den 08.01.2019 zu bestätigen.

Ich musste mich heute sehr konzentrieren um gleichzeitig reden und tun zu können. Es war sehr anstrengend, hat aber auch Spaß gemacht. Durch die Anleitungssituation hatte ich die Möglichkeit mehr auf mich und meine Eigenbewegungen zu achten, da die Schülerin dies beobachtet, abschaut und selbst auch umsetzen soll.

Frau K. ist immer erst an der Bettkante so richtig wach, fixiert und verfolgt. Ich denke, es könnte an einem zu hohen Hirndruck liegen, der im Sitzen vermehrt entlastet wird. Ich spreche dies beim zuständigen Stationsarzt an. Durch den Ventrikeleinbruch hält er dies für sehr wahrscheinlich. Umso wichtiger wäre es, die Zeiten in aufrechter, sitzender Position zu erhöhen.

Das Funktionstraining für den nächsten Tag soll wieder um die Mittagszeit herum stattfinden. Eine erneute Mobilisation in den Pflegestuhl ist das Ziel.

### 3.2.4 Vierter Verlauf (Fließtext) (04.01.2019)

Auch heute werde ich schon erwartet. Dieses Mal von meiner Kollegin, die die Patientin betreut. Sie berichtet begeistert, dass Frau K. gestern eine Stunde stabil und wach im Pflegestuhl saß, gut gegessen und getrunken habe und auch der Kopf immer mal wieder kurzzeitig über die Mitte nach rechts kam. Der Sitztransfer zurück ins Bett übernahm die Schülerin, die beim Funktionstraining dabei war, unter Anleitung und Aufsicht. Meine Kollegin berichtet, dass die Gewichtsverlagerung im kreisförmigen Bewegungsmuster sehr gut und auf Antrieb gelang. Auch zum Abendessen wurde Frau K. für eine Stunde in den Pflegestuhl mobilisiert.

Frau K. wirkte beim Waschen schmerzgeplagt und fasste sich immer wieder an den Kopf. Die Kollegin vermutete Kopfschmerzen und verabreichte Frau K. daraufhin 1g Paracetamol i.v.

Frau K. liegt jetzt in Seitenlage links 90° und schläft. Ich wecke sie und erkläre ihr wieder mein Vorhaben für den heutigen Tag. Die Frage nach Schmerzen verneint sie (es ist das erste Mal, dass sie auf eine meiner Fragen mit „nein“ antwortet). Sie schließt schnell wieder ihre Augen. Ich entferne unter Bewegungsanbahnung die Lagerungsmaterialien. Dann kombiniere ich einen Schritt nach oben (Drehen-Strecken) und in die Rückenlage bringend (Drehen-Beugen). Ich korrigiere die Rückenlage mittels Drehen-Strecken, Drehen-Beugen an Becken und Brustkorb für eine mittige Lage im Bett und gehe anschließend mit der linken Seite über Drehen-Strecken, Drehen-Beugen einen Schritt nach oben. Der Kopf kommt heute schon fast mittig auf dem Kissen zum Liegen, trotzdem erfolgt ein Warm-Up M1 am Kopf.

Der Hohlraum unter dem rechten Knie wird jeden Tag weniger und wird wieder unterlagert. Das linke Bein hat Frau K. angestellt und hält dies auch. Ich absolviere ein Cool-Down an den Hauptauflageflächen und beginne mit dem Warm-Up M2/1 an der linken Körperseite.

Die Beugung und Streckung des Knies geht besser, das Bein kommt zum Schluss auf der Unterstützungsfläche vollständig an und muss nicht mehr unterlagert werden. Die Außen- und Innenrotation der Hüfte bekommt einen größeren Radius ohne Schmerzen zu verursachen.

Die rechte Körperseite ist weiterhin schlaff, es erfolgt kein Tonusaufbau. Ödeme hat Frau K. heute keine. Die Streckung und Beugung des rechten Knies bleibt eingeschränkt, wird aber mit jeder Wiederholung besser. Zum Schluss muss das Knie im Bett nur minimal unterlagert werden.

Auch heute üben wir wieder die Brücke. Frau K. stellt das linke Bein nach taktilen Impuls auf und hält es. Das rechte Bein übernehme ich. Heute kann schon nach der 2. Gewichtsverlagerung vom Becken auf die Füße eine Druckveränderung Richtung Schulter initiiert werden und Frau K. hebt ihr Becken links etwas an. Dies üben wir so noch weitere 2x. Beim letzten Mal gebe ich ihr, als das Becken etwas angehoben ist am linken Rippenbogen einen Impuls zum seitlichen Drehen. Sie nimmt den linken Arm über die Körpermitte und dreht die Schulter etwas mit. Dann blockiert sie und es geht nicht mehr weiter (ich denke, dass sie durch den Neglect nach rechts an ihrem Endpunkt angelangt ist).

Ich verschiebe das Becken über Drehen-Strecken, Drehen-Beugen seitlich nach links (beide Beine sind angestellt, die Stütz- und Haltefunktion des rechten Beines übernehme ich), senke die Beine ab und schließe das Drehen in die Seitenlage 90° rechts mit einer Entlastung des Kopfes ab. Die Lage muss nicht korrigiert werden, Frau K. liegt stabil und zentriert.

Anschließend bahne ich zum Hinsetzen an die Bettkante 3x die Druckkontrolle im kreisförmigen Bewegungsmuster an (Warm-Up M2/2) und achte auf die Integration des 2. Beines. Frau K. stützt mit ihrer linken Hand gut mit. Eine Fallneigung ist nicht zu beobachten. Ich gehe mit ihr auf jeder Seite mittels Drehen-Strecken, Drehen-Beugen 1 Schritt näher zur Bettkante, dann zentriere ich die Sitzposition wie die Tage zuvor. Ich setze mich zu ihrer Linken und hole mir ihre Schuhe näher heran. Ich halte taktilen Kontakt und knie mich vor Frau K. um die Schuhe anzuziehen. Ihr rechter Arm liegt in ihrem Schoß, mit dem linken stützt sie sich ab, sitzt rumpfstabil und aufrecht an der

Bettkante ohne jegliche Fallneigung. Im Anschluss setze ich mich zum Sitztransfer auf die rechte Seite. Die Kollegin kommt hinzu um den Pflegestuhl zu positionieren.

Der Sitztransfer erfolgt im kreisförmigen Bewegungsmuster wie am Tag zuvor. Heute habe ich das Gefühl, dass die Gewichtsverlagerung auf das linke Bein besser funktioniert und es insgesamt stabiler wirkt. Auch nimmt Frau K. bei jedem Schritt den linken Arm weiter Richtung linker Stuhllehne mit. Im Pflegestuhl angekommen, höre ich von Frau K. ein lautes erleichtertes „Uff“. Sie kommt sehr deutlich über die Mitte nach rechts, blickt mich an, schenkt mir ein strahlendes Lächeln und tätschelt meinen Arm. Meine Kollegin und ich schauen uns verblüfft an und können es im ersten Moment nicht glauben, was da gerade passiert ist.

Über Drehen-Strecken, Drehen-Beugen gehe ich mit ihr jeweils 1 Schritt im Pflegestuhl nach hinten Richtung Lehne. Die Zentrierung, Positionierung und Cool-Down M1 erfolgt wie am Tag zuvor (siehe 3.Verlauf). Heute lagere ich beide Arme zusammen vor ihr auf dem Pflagetisch auf einem größeren Kissen. Frau K. streicht mit ihrer linken Hand über den rechten Arm (hat sie seither auch noch nie gemacht), dreht den Kopf deutlich nach rechts und verweilt auch eine Zeitlang in dieser Position. Die Kollegin übernimmt das Eingeben des Mittagessens.

Dadurch, dass ich Frau K. jetzt den vierten Tag begleite, kennt man sein Gegenüber schon relativ gut, weiß, wo die Probleme liegen, weiß, wie man bewegen muss. Die Abläufe gelingen flüssiger und dynamischer. Auch Frau K. weiß, was mit ihr geschieht. Durch die Wiederholungen kann sie sich besser auf Bewegung und Mobilisation einstellen. Trotzdem muss ich darauf achten, nicht zu schnell in all meinem Tun zu werden, taktilen Kontakt halten um auch die Veränderungen an und bei der Patientin zu spüren und darauf eingehen zu können.

### 3.3 Bewegungsdiagnostik

#### 3.3.1 Einschätzung der Funktionsmöglichkeiten (MOTPA)

Bewerten Sie im ersten kleinen Feld die Funktionsmöglichkeiten zwischen 1 und 7. Senkrecht zählen Sie die Gesamtpunktzahl zusammen. Damit dokumentieren Sie den Grad der Selbständigkeit des Patienten. Zudem wird ersichtlich, wie viele unterschiedliche Positionen der Patient einnimmt und wie lange er in einer Position verweilen kann. Dies gibt Ihnen Aufschluss über die Dekubitusgefährdung und die Gefährdung für Kontrakturen. Mit weiteren Einschätzungen können Sie erfassen, ob die Pflegeabhängigkeit des Patienten zu- oder abnimmt.

**Bewerten Sie nur, was Sie bereits erfahren haben!**

**Falls neue Lagewechsel hinzukommen, bewerten Sie bitte rückwirkend.**

<b>4a Menschliche Funktion, Funktionsmöglichkeiten: Mögliche Positionen</b> <i>Mit der Einschätzung der möglichen Positionen dokumentieren Sie, ob der Patient die einzelnen Positionen einnehmen kann (auch passiv) und wie lange er in dieser Position verweilen kann.</i>	Punkte
Die entsprechende Position kann mindestens für die Dauer von 2 Stunden eingenommen werden	1
Die entsprechende Position kann für die Dauer von 90 - 119 Minuten eingenommen werden	2
Die entsprechende Position kann für die Dauer von 60 - 89 Minuten eingenommen werden	3
Die entsprechende Position kann für die Dauer von 30 - 59 Minuten eingenommen werden	4
Die entsprechende Position kann für die Dauer von 15 - 29 Minuten eingenommen werden	5
Die entsprechende Position kann für die Dauer von 1 - 14 Minuten eingenommen werden	6
Das Einnehmen der entsprechenden Position ist nicht möglich	7

<b>4a Menschliche Funktion, Funktionsmöglichkeiten: Mögliche Positionen</b>				
Rückenlage Kopfteil erhöht (ca. 20° aufgrund der ICB)	1	1	1	1
Rückenlage flach (Kontraindikation bei ICB)				
Seitenlage links 90 °	1	1	1	1
Seitenlage rechts 90 °	1	1	1	1
Bauchlage flach				
Bauchlage aufgestützt				
Sitzen im Pflegestuhl	5	4	4	3
Sitzen (z.B. Bettkante) mit aufgestütztem linken Arm und 1 PP an der Seite sitzend	6	6	6	5
Sitzen im Stuhl				
Aufgestützter Stand	7	7	7	7
Aufrechter Stand	7	7	7	7
Zwischensumme 4a Menschliche Funktion: Mögliche Positionen	28	27	27	25

<b>4b Menschliche Funktion, Funktionsmöglichkeiten: Selbstkontrolle in Positionen</b> <i>Selbstkontrolle in Positionen beschreibt den Grad der Hilfestellung, welche der Patient benötigt um in einer Position bleiben zu können.</i>	Punkte
Die Position kann selbstkontrolliert gehalten werden	1
Die Position kann mit einem Hilfsmittel zum Festhalten selbstkontrolliert sicher gehalten werden	2
Das Halten der Position erfordert die Anwesenheit einer Hilfsperson für die Sicherheit	3
Die Position kann mit minimaler taktiler Unterstützung gehalten werden	4
Das Halten der Position erfordert das Abstützen einzelner Körperregionen durch eine Hilfsperson	5
Das Halten der Position muss komplett von der Hilfsperson übernommen werden	6
Das Halten der Position kann aus medizinischen Gründen noch nicht getestet werden	7

<b>4b Menschliche Funktion, Funktionsmöglichkeiten: Selbstkontrolle in Positionen</b>				
Rückenlage flach	7	7	7	7
Seitenlage links 90 °	1	1	1	1
Seitenlage rechts 90 °	1	1	1	1
Rückenlage Kopfteil erhöht	1	1	1	1
Sitzen (z.B. Bettkante)	5	5	5	4
Aufgestützter Stand				
Aufrechter Stand				
Zwischensumme 4b Menschliche Funktion: Selbstkontrolle in Positionen	15	15	15	14

<b>4c Menschliche Funktion, Funktionsmöglichkeiten: Selbstkontrolle in komplexen Funktionen</b>					
<i>Selbstkontrolle in der Ausführung komplexer Funktionen beschreibt den Grad der Hilfestellung, welche der Patient benötigt, um Lagewechsel auszuführen.</i>		Punkte			
Der Positionswechsel kann selbständig sicher ausgeführt werden		1			
Der Positionswechsel kann mit einem Hilfsmittel selbständig sicher ausgeführt werden		2			
Für den Positionswechsel wird eine Hilfsperson für verbale Instruktion und Sicherheit benötigt		3			
Für den Positionswechsel wird minimale taktile Unterstützung durch eine Hilfsperson benötigt		4			
Für die Ausführung von Teilschritten beim Positionswechsel wird eine Hilfsperson benötigt		5			
Die Hilfsperson muss den Positionswechsel komplett übernehmen		6			
Der Positionswechsel kann aus medizinischen Gründen noch nicht durchgeführt werden		7			
<b>4c Menschliche Funktion, Funktionsmöglichkeiten: Selbstkontrolle in komplexen Funktionen</b>					
Drehen von der Rückenlage in die Seitenlage	6	6	6	6	6
Drehen von der Rückenlage in die Bauchlage					
Im Liegen im Bett nach Oben gehen	6	6	6	6	6
In der Rückenlage im Bett seitwärts gehen	6	6	6	6	6
Vom Liegen ins Sitzen bewegen	6	6	6	6	6
Vor- und Zurückrutschen an der Bettkante oder im Stuhl	6	6	6	6	6
Tiefer Sitztransfer bei Hemiplegie	6	6	6	6	6
Aus der Sitzposition aufstehen					
Drehen im Stehen					
Gehen					
Treppen steigen					
Rollstuhl fahren für nicht gehfähige Patienten					
Andere Funktion:					
Zwischensumme 4c Menschliche Funktion: Selbstkontrolle in komplexen Funktionen	36	36	36	36	36

### 3.3.2 Einschätzung der Bewegungsgewohnheiten und der Effektivität in selbstkontrollierten Bewegungen

Bewerten Sie im ersten kleinen Feld die Gehstrecke oder Effektivität in selbstkontrollierten Bewegungen zwischen 1 und 7. Senkrecht zählen Sie die Gesamtpunktezahl zusammen. Damit dokumentieren Sie die Bewegungs-gewohnheiten. Zudem wird ersichtlich, wie sturzgefährdet der Patient in selbstkontrollierten Bewegungen ist.

Mit weiteren Einschätzungen können Sie erfassen, ob die Pflegeabhängigkeit des Patienten zu- oder abnimmt.

**Bewerten Sie nur, was Sie bereits erfahren haben!**

**Falls neue Lagewechsel hinzukommen, bewerten Sie bitte rückwirkend.**

<b>3 Menschliche Bewegung: Bewegungsgewohnheiten und Effektivität in selbstkontrollierten Bewegungen</b>					
<i>Bewegungsgewohnheiten (wird untergliedert in vor dem Aufenthalt und jetzt)</i>	1 = Gehstrecke 8'000 und mehr Schritte pro Tag				
	2 = Gehstrecke 6'000 bis 7999 pro Tag				
	3 = Gehstrecke 4'500 bis 5999 pro Tag				
	4 = Gehstrecke 3'000 bis 4499 pro Tag				
	5 = Gehstrecke 1'000 bis 2999 pro Tag				
	6 = Gehstrecke unter 1000 pro Tag				
	7 = Bettlägerig seit mehr wie 7 Tagen				
<i>Effektivität der selbstkontrollierten Bewegungen (Bei Bewertungen zwischen 5 und 7 im MOTPA 4c hier immer 7 einfügen)</i>	1 = Ziel wird immer selbständig auch unter veränderten Bedingungen mit Leichtigkeit sicher erreicht (MOTPA 1-2)				
	2 = Ziel wird immer selbständig auch unter veränderten Bedingungen sicher erreicht (4c MOTPA 1-2)				
	3 = Ziel wird immer bei stabilen Bedingungen selbständig und sicher erreicht (4c MOTPA 1-2)				
	4 = Ziel wird meistens bei stabilen Bedingungen selbständig mit Unsicherheiten erreicht (4c MOTPA 1-2)				
	5 = Ziel wird öfters bei stabilen Bedingungen selbständig mit Unsicherheiten erreicht (4c MOTPA 3)				
	6 = Ziel wird selten bei stabilen Bedingungen selbständig mit vielen Unsicherheiten erreicht (4c MOTPA 4)				
	7 = Ziel wird gar nicht selbständig erreicht (4c MOTPA 5-7)				
<b>3a Menschliche Bewegung: Bewegungsgewohnheiten</b>					
Gehstrecke vor Aufenthalt		5	5	5	5
Gehstrecke jetzt		7	7	7	7
<b>3b Menschliche Bewegung: Effektivität selbstkontrollierter Bewegungen</b>					
Drehen von der Rückenlage in die Seitenlage		7	7	7	7
Drehen von der Rückenlage in die Bauchlage					
Im Liegen im Bett nach Oben gehen		7	7	7	7
In der Rückenlage im Bett seitwärts gehen		7	7	7	7
Vom Liegen ins Sitzen bewegen		7	7	7	7
Vor- und Zurückrutschen an der Bettkante oder im Stuhl		7	7	7	7
Tiefer Sitztransfer		7	7	7	7
Aus der Sitzposition aufstehen					
Drehen im Stehen					
Gehen					
Treppen steigen					
Rollstuhl fahren für nicht gehfähige Patienten					
Andere Funktion:					
Zwischensumme 3 Menschliche Bewegung: Bewegungsgewohnheiten und Effektivität selbstkontrollierter Bewegungen		54	54	54	54
Gesamtsumme 4 a-c Menschliche Funktion MOTPA und 3 a-b Menschliche Bewegung		133	132	132	129



### 3.3.3 Einschätzung der Bedingungsfaktoren, welche die Selbstkontrolle oder Effektivität begrenzen

Beschreiben Sie im großen Feld die Problematik und bewerten Sie im ersten kleinen Feld die Stärke der Problematik zwischen 1 und 6. 1 ist die beste Bewertung (geringfügige Problematik), 6 ist die schlechteste Bewertung (sehr ausgeprägte Problematik). Senkrecht zählen Sie die Gesamtpunktzahl zusammen. Damit dokumentieren Sie mit weiteren Einschätzungen, ob die Pflegeabhängigkeit des Patienten zu- oder abnimmt.

**Bewerten Sie nur, was Sie bereits erfahren haben!**

**Falls neue Bedingungsfaktoren hinzukommen, bewerten Sie bitte rückwirkend.**

2 Funktionale Anatomie: Zustand im Bewegungsapparat				
Körpergewicht	Gewicht eintragen, Abweichung nach oben oder unten beschreiben und zwischen 1 und 6 bewerten			
Größe	Größe eintragen, Abweichung nach oben oder unten beschreiben und zwischen 1 und 6 bewerten			
Gelenkbeweglichkeit	Betroffenes Gelenk sowie eingeschränkte Richtung eintragen und noch mögliche Beweglichkeit bewerten: 1 = 90 % 2 = 80% 3 = 60% 4 = 40% 5 = 20% 6 = 0%			
Muskeltonus hyperton	Betroffene Körperregion eintragen und bewerten zwischen 1 = etwas verhärtet bis 6 = vollständig steif			
Muskeltonus hypoton	Betroffene Körperregion eintragen und bewerten zwischen 1 = etwas schlaff bis 6 = vollständig schlaff			
Spastik	Betroffene Körperregion eintragen und bewerten zwischen 1 = wenig Spastik bis 6 = ausgeprägte Spastik			
Muskelmasse	Betroffene Körperregion eintragen und bewerten zwischen 1 = etwas vermindert bis 6 = vollständig abgebaut			
OP-Wunde	Wunde eintragen und bewerten 1 = trocken und gerötet 3 = nässend und gerötet 4 = offen 6 = offen und infiziert			
Hautzustand	Bewerten zwischen 1 = etwas trocken bis 6 = extrem trocken und schuppig			
Ödeme	Betroffene Region eintragen und bewerten zwischen 1 = wenig Ödem bis 6 = sehr starkes Ödem			
Hautdefekte	Betroffene Stelle eintragen und bewerten zwischen 1 = Minimale Rötung 2 = stärkere Rötung 3 = Scharf umgrenzter roter Fleck, der sich nicht per Fingerdruck „wegdrücken“ lässt 4 = Blasenbildung 5 = Abgestorbene Hautzellen bilden eine schwarze, nekrotische Schicht 6 = Die Wunde ist so tief, dass der Knochen betroffen ist			
Frakturen	Betroffene Knochen eintragen und bewerten zwischen 1 = ziemlich belastbar bis 6 = gar nicht belastbar			
Osteoporose	Bewerten zwischen 1 = wenig gefährdet für Frakturen bis 6 = sehr stark gefährdet für Frakturen			
Große Hämatome	Betroffene Körperstelle beschreiben und bewerten zwischen 1 = ziemlich resorbiert bis 6 = frisch eingeblutet			
2 Funktionale Anatomie: Zustand im Bewegungsapparat				
Gelenkbeweglichkeit rechtes Knie strecken und beugen	2	2	2	1
Gelenkbeweglichkeit linkes Knie strecken und beugen	2	2	1	1
Gelenkbeweglichkeit linke Hüfte Außen- und Innenrotation	3	2	1	1
Muskeltonus hypoton rechter Arm und rechtes Bein	6	6	6	6
Hautzustand Beine beidseits	2	1	1	1
Ödeme rechte Hand und rechter Fuß	3	3	2	1
Beweglichkeit Kopf	3	3	2	1
Zwischensumme 2 Funktionale Anatomie: Bedingungsfaktoren, welche die Selbstkontrolle begrenzen	21	19	15	12

1 Interaktion: Sensorik, Psyche, Lernen & Motivation	
Vigilanz	1 = reagiert etwas verlangsamt auf Ansprache bis 6 = voll bewusstlos
Schmerzen bei Lagewechsel	1 = leichte Schmerzen bis 6 = unerträgliche Schmerzen
Schmerzmedikation	2 = Nicht-Opioid-Analgetika 4 = Niederpotente Opioidanalgetika 6 = Hochpotente Opioidanalgetika
Parästhesien	Betroffene Körperregion beschreiben und bewerten zwischen 1 = leichtes Kribbeln bis 6 = unerträgliches Kribbeln/Taubheitsgefühl
Unkontrollierte Bewegungen	1 = selten wenige bis 6 = immer viele
Lähmungshöhe	Art der Lähmung beschreiben und bewerten zwischen 1 = Lähmungserscheinungen 2 = Paraplegie LWS 3 = Paraplegie BWS 4 = Tetraplegie C7, Hemiplegie 5 = Tetraplegie C6 6 = Tetraplegie C5 und höher
Ausprägung der Lähmung	1 = Pathologische Reflexe 3 = Motorisch inkomplette Lähmung, Sensibilität vorhanden 5 = Motorische Lähmung komplett, Sensibilität teilweise vorhanden 6 = Komplette Lähmung: keine motorische oder sensible Funktion
Hörvermögen	1 = leicht vermindertes Hörvermögen bis 6 = Taubheit
Sehvermögen	1 = leicht vermindertes Sehvermögen bis 6 = blind
Sprechvermögen	1 = leicht vermindertes Sprechvermögen bis 6 = komplette Aphasie
Informationen umsetzen	1 = leicht verlangsamtes Verstehen und Umsetzen von Informationen bis 6 = komplett verwirrt
Wissen aus Instruktionen umsetzen	1 = meistens bis 6 = gar nicht
Angst vor Bewegung	1 = etwas ängstlich bis 6 = ausgesprochen ängstlich

1 Interaktion: Sensorik, Psyche, Lernen & Motivation				
Vigilanz	3	3	2	1
Schmerzen beim Warm-Up	4	3	1	1
Schmerzmedikation	2	2	2	2
Lähmungshöhe (rechte Körperseite)	4	4	4	4
Ausprägung der Lähmung	6	6	6	6
Hörvermögen	1	1	1	1
Sehvermögen (Makuladegeneration)	3	3	3	3
Sprechvermögen	6	5	5	4
Informationen umsetzen	6	6	6	6
Wissen aus Instruktionen umsetzen	6	6	6	5
Neglect nach rechts	6	5	4	3
Zwischensumme 1 Interaktion: Bedingungsfaktoren, welche die Selbstkontrolle begrenzen	47	44	40	36

<b>5 Anstrengung: Kontrolle Rumpf und Extremitäten, Kraft u. Leistung</b>				
Kopfkontrolle	1 = wenig bis 6 = vollständige Hilfestellung nötig			
Rumpfkontrolle	1 = wenig bis 6 = vollständige Hilfestellung nötig			
Stützen & Halten rechtes Bein	1 = wenig bis 6 = vollständige Hilfestellung nötig			
Stützen & Halten linkes Bein	1 = wenig bis 6 = vollständige Hilfestellung nötig			
Stützen & Halten rechter Arm	1 = wenig bis 6 = vollständige Hilfestellung nötig			
Stützen & Halten linker Arm	1 = wenig bis 6 = vollständige Hilfestellung nötig			
Muskelkraft	1 = altersentsprechend minimal vermindert bis 6 = gar keine			
Kreislaufregulation unter Bewegung	1 = beinahe voll belastbar bis 6 = gar nicht belastbar oder Intensivpflege: BD Über-/Unterschreitung des Ausgangswertes während Mobilisation 1 = +/-10, 2 = +/-20, 3 = +/-30, 4 = +/-40, 5 = +/-50, 6 = +/-60 und mehr			
Atemregulation	1 = minimal erschwert 2 = erschwert 3 = teilweise O2-pflichtig 4 = dauernd O2-pflichtig 5 = NIV 6 = beatmet			
<b>5 Anstrengung: Kontrolle Rumpf und Extremitäten, Kraft u. Leistung</b>				
Kopfkontrolle (in Rückenlage auf dem Kissen nach links gewandt)	4	3	2	2
Kopfkontrolle im Sitzen an der Bettkante	1	1	1	1
Rumpfkontrolle im Sitzen an der Bettkante	2	2	2	1
Stützen & Halten rechtes Bein	6	6	6	6
Stützen & Halten linkes Bein	6	5	3	1
Stützen & Halten rechter Arm	6	6	6	6
Stützen & Halten linker Arm	1	1	1	1
Muskelkraft linke Körperseite	2	1	1	1
Muskelkraft rechte Körperseite	6	6	6	6
Kreislaufregulation unter Bewegung	1	1	1	1
Zwischensumme 5 Anstrengung: Bedingungsfaktoren, welche die Selbstkontrolle begrenzen	35	32	29	26

<b>6 Umgebung: Faktoren aus der Umgebung, die Bewegung beeinflussen und Zeitaufwand für Bewegungsförderung</b>	
Matratze	Beschreiben und bewerten Sie die Matratze: 1 = normale Matratze 2 = Viskoelastische Matratze mit Stützrand 3 = Viskoelastische Matratze ohne Stützrand 5 = Einfache Wechseldruckmatratze 6 = Extrem weich lagernde dicke Wechseldruckmatratze
Sitzkissen notwendig Qualität	Beschreiben und bewerten Sie das Sitzkissen: 1 = unterstützt Bewegung gut bis 6 = behindert Bewegung stark
Rollstuhl	Beschreiben und bewerten Sie den Rollstuhl: 1 = 100% angepasst bis 6 = 20% und weniger angepasst
Toilettenstuhl	Beschreiben und bewerten Sie den Toilettenstuhl: 1 = 100% angepasst bis 6 = 20% und weniger angepasst
Stabilisatoren	Beschreiben und bewerten Sie den Stabilisator: 1 = Halskrause weich 3 = Stützstrümpfe, Bauchgurt oder Beine gewickelt 5 = Halskrause hart, kleiner Gips, Armprothesen 6 = Schienen, grosser Gips, Korsett, Beinprothesen
Weitere Hilfsmittel für Bewegung	Beschreiben und bewerten Sie weitere Hilfsmittel für Bewegung: 1 = 1 Hilfsmittel bis 6 = 6 und mehr Hilfsmittel (Bettautomatik, Gehstock, Rollator, Gehwagen, etc.)
Zu- und Ableitungen	Beschreiben und bewerten Sie die Zu- und Ableitungen: 1 = 1 bis 6 = 6 und mehr Zu- und Ableitungen
Angewiesen auf Hilfspersonen für Bewegungsförderung	1 = 10 Minuten 2 = mehr wie 10 Minuten 3 = mehr wie 30 Minuten 4 = mehr wie 1 Stunde 5 = mehr wie 2 Stunden 6 = mehr wie 3 Stunden





<b>6 Umgebung: Faktoren aus der Umgebung, die Bewegung beeinflussen und Zeitaufwand für Bewegungsförderung</b>				
Matratze	3	3	3	3
Pflegestuhl	1	1	1	1
Zu- und Ableitungen (1 peripherer Zugang)	1	1	1	1
Angewiesen auf Hilfspersonen fürs Bewegungsförderung	6	6	6	6
Zwischensumme 6 Umgebung: Bedingungsfaktoren, welche die Selbstkontrolle begrenzen	11	11	11	11
Gesamtsumme: 2 Funktionale Anatomie, 1 Interaktion, 5 Anstrengung, 6 Umgebung: Bedingungsfaktoren, welche die Selbstkontrolle begrenzen	114	106	95	85

<b>Auswertung der Bewegungsdiagnostik</b>	Zunahme der Punkte um	Abnahme der Punkte um
In 4 Tagen hat sich die Gesamtsumme 4 a-c Menschliche Funktion MOTPA und 3 a-b Menschliche Bewegung um wie viele Punkte verändert?		4
In 3 Tagen hat sich die Gesamtsumme der Bedingungsfaktoren, welche die Selbstkontrolle begrenzen um wie viele Punkte verändert: 2 Funktionale Anatomie, 1 Interaktion, 5 Anstrengung und 6 Umgebung		29
<b>Total Zu- oder Abnahme der Punktezahl</b>		<b>33</b>

### 3.4 Wesentliche Veränderungen in der Selbstkontrolle des Patienten für ATL´s mit dem Funktionstraining verteilt über 4 Tage (Fließtext)

Durch das Funktionstraining werden die Aufmerksamkeit und die Wahrnehmung der Patientin gefördert. Es gelingt, sie für immer längere Zeit aus ihrem Neglect heraus zu holen und ihr ihre rechte Körperseite wieder bewusster zu machen. Die erforderliche Wachheit und die Zeit im Pflegestuhl für die Tätigkeit am Ort, die Nahrungsaufnahme, können gesteigert und zeitlich verlängert werden (von 1-2x täglich für 30 Min, auf 2-3x täglich für über eine Stunde). Die Patientin benötigt weiterhin Unterstützung bei allen Positionswechseln, bewegt aber vermehrt ihre nicht betroffene Seite und setzt diese mit ein. Die verbalen Äußerungen werden mit jedem Tag „mehr“. Die non-verbale Ausdruckform in Form eines strahlenden Lächelns sagt aber oft mehr als tausend Worte.

### 3.5 VAP-Planung der 3-Phasen der Mobilisation

<b>Kernproblematik medizinisch:</b> intracerebrale Blutung mit Ventrikeleinbruch und Mittellinienverlagerung	
<b>Kernproblematik Bewegung (aus den beschriebenen Bedingungsfaktoren unter 1 Interaktion, 2 Funktionale Anatomie, 5 Anstrengung, 6 Umgebung auswählen):</b> Hemiplegie und Neglect rechts	
<b>Funktionstraining für welche Funktion:</b> Sitzen im Pflegestuhl	
<b>1 Interaktion</b>	
<b>1.2.2 Anstrengung aufteilen: Fügen Sie alle im Verlauf und Mobilisationsplan beschriebenen Lagewechsel in den leeren Spalten unter passiv, teilaktiv oder aktiv ein.</b>	
<b>Übergreifende Merkmale für die Interaktion:</b> Kontext für Handlungen vorgeben (z.B. linkes Bein aufstellen) und taktil dabei unterstützen Plegische Seite immer kontrollieren	
<b>Passive Lagewechsel</b>	Alle Lagewechsel
<b>Teilaktive Lagewechsel</b>	
<b>Aktive Lagewechsel</b>	
<b>3 Menschliche Bewegung</b>	
<b>3.2.1 Alle Bewegungsmuster enthalten 4-Richtungen: Fügen Sie alle im Verlauf und Mobilisationsplan beschriebenen Lagewechsel in den leeren Spalten unter dem entsprechenden Bewegungsmuster ein.</b>	
<b>Übergreifende Merkmale für die Bewegungsmuster:</b> Anpassung der Gelenksrotation um Subluxation der Schulter oder Verletzungen des Hüftgelenks zu vermeiden	
 <b>Lagewechsel</b>	Alle Lagewechsel
 <b>Lagewechsel</b>	Im Bett nach oben gehen, zur Seite gehen und Drehen in Seitenlage, vor- und zurückrutschen an der Bettkante oder im Pflegestuhl
 <b>Lagewechsel</b>	
 <b>Lagewechsel</b>	

<b>1. Phase Warm-Up (Bei Änderungen bitte Datum einfügen)</b>			
<b>Welches Warm-Up &amp; Anzahl Wiederholungen</b>	<b>In welcher Position</b>	<b>An welchen Körperteilen oder M2/2 für welchen Lagewechsel</b>	<b>Falls nötig, mit welchen Anpassungen</b>
M1 Bewegung in 4- Richtungen anbahnen _____ 3__ mal	Rückenlage	Kopf	Kopfteil ca. 20° erhöht lassen
M2/1 Haltungs- & Transportebenen mobilisieren _____ 3__ mal	Rückenlage		Kopfteil ca. 20° erhöht lassen; Hohlräume unter Knie unterlagern; Gelenksrotation auf der rechten Körperseite anpassen
M2/2 Druckkontrolle Anbahnen _____ 3__ mal ab 02.01.		Zum Hinsitzen an die Bettkante	

<b>Zusätzliche Übungen (Bei Änderungen bitte Datum einfügen)</b>			
<b>Welche Übungen</b>	<b>Menge</b>	<b>Anzahl Hilfspersonen</b>	<b>Falls nötig, mit welchen Anpassungen</b>
Brücke ab 02.01.	3x		
Radfahren			
Rumpfdrehung			

<b>2. Phase Funktionen (Bei Änderungen bitte Datum einfügen)</b>	
<b>Welcher Lagewechsel</b>	<b>Merkmale für die individuelle Unterstützung</b>
Nach Oben	linkes Bein durch taktilen Reiz beim Aufstellen unterstützen Stütz- und Haltefunktion muss für beide Beine übernommen werden unten liegendes Bein anwinkeln, damit es besser Gewicht übernehmen kann
Zur Seite	wenn auch Hinsitzen an die Bettkante folgt, Becken nur minimal seitlich verschieben, da Pat. sehr klein ist und sonst nicht nah genug an der Bettkante ankommt
Drehen in Seitenlage	Untenliegende Schulter und Becken gut zurücknehmen (zentrieren)
Hinsetzen an die Bettkante und Hinlegen	Über die betroffene Seite (rechts) Langsame Ausführung mit Anbahnung um Frau K. die Chance zu geben mit ihrer gesunden linken Seite zu unterstützen auf die Integration des zweiten Beines für breiteren, stabilen Sitz achten vor dem Hinlegen Sitzposition wieder dezentrieren
Vor- und zurückrutschen	
Transfer Bett-Stuhl und Stuhl-Bett	Über die nicht betroffene Seite (links) Sitztransfer Bett so einstellen, dass PP sitzen kann rechtes Bein „aufladen“ rechten Arm (Ellenbogen angewinkelt) körpernah fixieren und halten 2 PP für Unterstützung beim Schuhe anziehen, Bett einstellen, Pflegestuhl positionieren
Aufstehen	
Gehen	
Andere Funktion	

<b>3. Phase Cool-Down (Bei Änderungen bitte Datum einfügen)</b>			
<b>Welches Cool-Down</b>	<b>In welcher Position</b>	<b>An welchen Hauptauflagen</b>	<b>Besonderheiten und benötigte Hilfsmittel</b>
M1 Gewicht in Hauptauflagen in 4-Richtungen verteilen	RL	Becken/Gesäß, Schulter, Fersen	Vor dem Warm-Up

Ab 03.01.	Sitzen im Pflegestuhl	Becken, plegischer Arm & Fuß	Becken ganz im Pflegestuhl zurückbewegen und gut zentrieren; Decke in den Rücken und an rechter Seite anmodellieren zur Stabilität und Tonusregulation der plegischen Seite; Bodenkontakt herstellen mittels Schemel; plegischen Fuß und Arm in physiologischer Stellung positionieren
<i>M3 Position zentrieren und minimal Be- und Entlasten</i>	In Seitenlage 90°	Schulter, Becken und Beine	Oberes Bein auf Kissen lagern, unteres je nach Kontakt mit der Unterstützungsfläche ggf. mittels Handtuch/flachem Kissen unterstützen; Decke im Rücken zur Stabilität; auf physiologische Stellung besonders auf der plegischen Seite (rechts) achten



### 3.6 Mobilisationsplan für die tägliche Pflege (gleicher Patient)

**Kernproblematik medizinisch:** intracerebrale Blutung mit Ventrikeleinbruch und Mittellinienverlagerung

**Kernproblematik Bewegung:** Hemiplegie und Neglect rechts

**Welche Alltagsfunktion:** Sitzen im Pflegestuhl

#### 1 Interaktion

*Übergreifende Merkmale für die Interaktion: passiv*

#### 3 Menschliche Bewegung

*Übergreifende Merkmale für das Bewegungsmuster: kreisförmig*

#### 3-Phasen der Mobilisation integriert in eine Alltagsfunktion

##### **3-Phasen der Mobilisation, Ablauf:**

von Seitenlage zum Sitzen an die Bettkante mit anschließendem Sitztransfer in den Pflegestuhl

1. Beinkissen unter Bewegungsanbahnung entfernen und auf stabile, zentrierte 90° Seitenlage achten (dann erst Decke im Rücken entfernen)
2. Warm-Up M1 an Becken und Brustkorb in Seitenlage
3. Warm-Up M2/2 zum Hinsitzen an die Bettkante
4. Vorrutschen an die Bettkante, Sitzposition zentrieren, an rechte Seite setzen (2.PP: Schuhe anziehen, Betthöhe richtig einstellen, Pflegestuhl positionieren, Zwischenraum auspolstern)
5. Rechtes Bein zum Sitztransfer aufladen, linkes Bein auf Schemel für „Bodenkontakt“ stellen (plegischen Arm körpernah fixieren)
6. Im kreisförmigen Bewegungsmuster Sitztransfer über linke Seite in den Pflegestuhl
7. Becken im Stuhl ganz zurückbewegen und gut zentrieren, zur Hälfte gefaltete Decke in den Rücken, Oberkörper anlehnen, Decke an rechter Körperseite anmodellieren, Arm in Funktionsstellung auf Pflegetisch positionieren, Bodenkontakt mittels Schemel herstellen
8. Cool-Down M1 an Becken, plegischem Arm und Fuß

### 3.7 Reflexion Lernprozess mit einer Pflegeperson beim gleichen Patienten (Fließtext) (05.-07.01.2019)

Frau D. ist 20 Jahre alt und arbeitet seit ihrem Examen im September 2018 auf der neurologischen Station. Während ihrer Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin nahm sie an Modul 1+2 teil.

Als ich sie fragte, ob ich sie im Rahmen meiner Facharbeit begleiten dürfte, stimmte sie begeistert zu. Ich bat sie daraufhin, ihre Seminarunterlagen durchzugehen und mögliche Fragen zu notieren. Sie absolvierte ihre ersten Nachtdienste im Dezember 2018 mit mir und ich konnte sie so nachts beim Lagewechsel und Mobilisation der Patienten begleiten. Wir besprachen offene Fragen und gingen einzelne Positionswechsel (im Bett nach oben, seitliches Verschieben, Drehen in Seitenlage) durch, sowohl außerhalb des Zimmers als auch am Patienten.

Frau D. ist sehr wissbegierig, hat eine schnelle Auffassungsgabe, ist lernwillig und sehr motiviert.

Da meine Facharbeitspatientin Frau K. schon vor dem Funktionstraining auf der neurologischen Station lag, war sie meiner Kollegin schon bekannt und sie hatte sie auch bereits zuvor versorgt.

Vor der Praxisbegleitung besprechen wir die momentane Situation der Patientin und ich gehe mir ihr sowohl den Mobilisationsplan als auch den Mobilisationsplan für die tägliche Pflege Schritt für Schritt durch und beantworte aufkommende Fragen.

Bevor wir den Plan für die tägliche Pflege in die Praxis umsetzen, üben wir außerhalb des Patientenzimmers am Bett (wurde so ausdrücklich von Frau D. gewünscht). Als Erstes legt sich Frau D. ins Bett und ich absolviere an ihr Schritt für Schritt den Plan. So spürt sie nochmals und kann auch wieder besser etwas mit den Begrifflichkeiten Warm-Up M1, Warm-Up M2/2, Position zentrieren oder Cool-Down M1 anfangen.

Dann übt sie an mir. Ich gebe Tipps, beantworte Frage und erkläre wieder. Sie ist in ihrem Tun oft noch zu schnell, eine optimale Gewichtsverlagerung gelingt nicht immer. Das Hinsitzen an die Bettkante in Verbindung mit dem Warm-Up M2/2 verdeutlicht ihr die einzelnen Richtungen und die Endpunkte, die sie gut ansteuern kann. Das Vorrutschen an die Bettkante verursacht noch Probleme, dies üben wir erneut. Der Sitztransfer gelingt auf Anhieb, das kreisförmige Bewegungsmuster mit Gewichtsverlagerung ist sehr gut spürbar.

Es folgt die Umsetzung bei der Patientin. Frau D. zögert nicht, sondern beginnt. Ich stehe erst einmal dabei und warte, ob sie Hilfe oder Unterstützung benötigt. Beim Warm-Up M1 an Becken und Brustkorb lege ich meine Hände auf ihre und führe sie. Beim Hinsitzen an die Bettkante bin ich taktil an der Rückseite der Patientin mit dabei, spüre aber nur und helfe nicht mit. Beim Vorrutschen an die Bettkante benötigt sie meine Hilfe, in dem ich ihr die Richtungen ansage und taktil unterstütze. Sie setzt sich nach der Zentrierung der Sitzposition an die plegische Seite der Patientin, ich übernehme den Part der 2.PP. Frau K. verfolgt unser Tun sehr aufmerksam. Der Sitztransfer funktioniert wie schon beim Üben problemlos. Bei der Positionierung im Pflegestuhl fordert meine Kollegin wieder mehr Hilfe ein, das Cool-Down tätigt sie durch verbale Unterstützung alleine. Frau K. gelingt es heute, ihren rechten Arm beim Transfer selbst zu fixieren und kommt auch wieder deutlich mit dem Kopf über die Mitte nach rechts. Ein strahlendes Lächeln ist heute wieder unser Lohn.

Auch meine Kollegin hat ein strahlendes Lächeln auf dem Gesicht als wir das Patientenzimmer verlassen. Sie ist begeistert, dass ihr der Transfer so gut gelungen ist. Sie sagt, dass ihr die Gewichtsverlagerung manchmal noch schwerfällt, sie nicht weiß, wo und wie sie den Kreis beginnen soll. Sie würde gern noch einmal das Vor- und Zurückrutschen an der Bettkante/im Pflegestuhl üben. Dies tun wir.

Ich sage ihr, dass sie vermehrt auf ihre Eigenbewegung und Tempo achten soll und dass es Übung und Zeit braucht und sie auf einem guten Weg ist.

Am nächsten Tag möchte sie den Plan für die tägliche Pflege im Vorfeld nochmal an mir üben. Sie lässt sich dabei mehr Zeit, wirkt sehr konzentriert und ist sehr bei sich. Der Ablauf wirkt flüssig, des kreisförmige Bewegungsmuster mit Gewichtsverlagerung gelingt ihr gut.

Frau K. wirkt heute sehr müde. Die Augen öffnet sie heute erst einmal nicht auf Ansprache. Da eine wechselnde Vigilanz bei ihr bekannt ist und sie oft erst so richtig an der Bettkante wach wird und die Augen öffnet, denken wir uns nichts dabei.

Meine Kollegin startet von alleine, ich stehe daneben und beobachte. Das Hinsitzen an die Bettkante fällt ihr heute deutlich schwerer und sie hätte gerne, dass ich von der Rückseite aus unterstütze. Wir bewegen also zu zweit und kommen nur schwer ins Sitzen. Frau K. hat keinerlei Rumpfkontrolle, der Kopf bleibt auf der Schulter meiner Kollegin liegen, der Tonus ist völlig schlaff. Jetzt wird mir klar, dass hier heute etwas nicht stimmt. Wir legen die Patientin zurück ins Bett und stabilisieren die Seitenlage. Die Kollegin holt die zuständige Ärztin, ich messe den Blutdruck (220/110) und leuchte in die Pupillen (weit, nicht lichtreagibel). Das sofortige Notfall-CT zeigt eine erneute intracerebrale Blutung mit Ventrikeleinbruch auf der anderen Seite.

Wir stehen alle fassungslos und wie erstarrt daneben. Gestern ging es der Patientin doch noch gut. Sie saß zu allen 3 Mahlzeiten für jeweils über eine Stunde im Pflegestuhl. War immer wach und ansprechbar. Und dann schlägt das Schicksal wieder zu.

Diese mittlerweile 3. Blutung und die schlechte Prognose für die Patientin veranlasst die Ärztin, die Angehörigen über eine erneute Palliativsituation zu informieren.

Die kommenden Tage begleite ich die Patientin und meine Kollegin während der schonenden und angepassten Lagewechsel im Grundmuster im Bett. Die Patientin verschlechtert sich zusehends, reagiert in Rückenlage mit Atempausen und ist komatös. Ich zeige meiner Kollegin, wie sie mehrere Funktionen (im Bett nach oben, Wechsel Inkontinenzmaterial) verbinden kann um unnötige Lagewechsel und längeres Liegen in Rückenlage zu vermeiden. Wir arbeiten immer gemeinsam, die Kollegin vertieft und automatisiert dabei die Lagewechsel im kreisförmigen Grundmuster.

Frau K. verstirbt am 09.01.2019.

Als Rückmeldung erhalte ich von der Kollegin, dass ich sehr gut und verständlich erklären kann. Ich hätte eine geduldige, ruhige und strukturierte Art. Das Üben auch außerhalb des Patientenzimmers helfe, sich beim Patienten viel sicherer zu fühlen und flüssiger Arbeiten zu können. Sie hatte keine Angst, mich auch die komischsten Sachen zu fragen, da ich ihr immer sachlich und freundlich geantwortet habe. Sie hatte nie das Gefühl, etwas nicht gut genug zu machen, ich hätte sie nie in einer beherrschenden Art und Weise angesprochen. Sie fühlt sich als Kollegin wahrgenommen und geschätzt. Sie wünscht sich insgesamt mehr Praxisbegleitung um Sicherheit zu erhalten und Neues/Gelerntes sofort umsetzen zu können. Sie persönlich lerne am besten, wenn ich mich taktil einbringe und sie durch meine Hände und Eigenbewegung führe. Dies merke ich mir natürlich gern für zukünftige Praxisbegleitungen.

# 4 Workshop Bewegungsförderung während täglicher Pflege

Führen Sie an Ihrem Arbeitsort den nachfolgenden Workshop für 6-8 Teilnehmer durch

## VAP-WORKSHOP

Name VAP-Advisor

Institution:

Datum und Stunden:

### Problem

Integration der Bewegungsförderung (in den 3-Phasen der Mobilisation) in die tägliche Pflege gelingt noch nicht

### Zielsetzung für Patienten mit MOTPA 5-6

Fördern und dabei unnötige Lagewechsel und häufiges hin- und herdrehen vermeiden

### Maßnahme (Prinzip, Unterthema und Kriterium)

Warm-Up:

2 Funktionale Anatomie - 2.2 Körperteile & Bewegungsebenen – 2.2.3 Haltungs- und Transportebenen beweglich erhalten

Lagewechsel:

4 Menschliche Funktion – 4.2 komplexe Funktion – 4.2.2 Mittels Drehen-Strecken & Drehen-Beugen

Positionieren:

4 Menschliche Funktion – 4.1 Grundfunktion – 4.1.1 Positionen zum Blieben zentrieren

Cool-Down:

6 Umgebung – 6.1 Anpassung – 6.1.1 Umgebungsveränderung zur Tonusregulation

### Vergleich

Alle Lagewechsel einzeln ausgeführt und verknüpfen von Lagewechseln

**Tätigkeit:** Lagewechsel im Bett für Körperpflege, Inkontinenzversorgung, Wäschewechsel

**Interaktion:** minimal teilaktiv

**Bewegungsmuster:** Spiralbewegung (Drehen/Strecken & Drehen/Beugen)

### 3-Phasen der Mobilisation, Ablauf:

1. Abgekürztes Warm-Up M2/1 an einem Bein in flacher Rückenlage
2. Bettseite wechseln und beide Beine anstellen
3. Becken seitlich und direkt drehen in Seitenlage
4. Gebeugte Seitenlage kurz zentrieren
5. Safetex wechseln
6. Schritt nach oben verbunden mit zurückdrehen in Rückenlage mit aufgestellten Beinen
7. Nacheinander Becken und Brustkorb entlasten um Safetex durchzuziehen
8. Ausgleichsschritt nach oben im Bett und drehen in Seitenlage 90°
9. Nach Bedarf abstützen und Bett einstellen
10. Cool-Down M3 minimale Bewegung in 4 Richtungen M1

### Reflexion der Merkpunkte

Eine Kombination verschiedener Funktionen geht am einfachsten mit dem Muster Drehen-Strecken & Drehen-Beugen

Kontinuierliche Be- und Entlastung mittels Gewichtsverlagerung vom Körperstamm auf die Extremitäten und zurück

### Arbeitsauftrag

auf bewusste Verknüpfungen im Alltag achten, Fragen/Schwierigkeiten notieren und beim nächsten Workshop ansprechen

## 4.1 Planung des Workshops für Kollegen und Reflexion der Unterrichtsdurchführung (Fließtext) (17.01.2019)

Im Vorfeld ging ich den Workshop für mich durch und überlegte mir mögliche Fragen und Probleme, die die Teilnehmer stellen könnten/haben würden (was genau ist ein Warm-Up M2/1? Wie war das nochmal mit Drehen-Strecken, Drehen-Beugen?,...). Anschließend versuchte ich für mich, einen guten und flüssigen Ablauf zu erstellen und übte den praktischen Teil. Auch ging ich die für den Workshop relevanten Abschnitte in den Seminarunterlagen durch um auf mögliche Fragen gut vorbereitet zu sein. Ich traf mich an einem Nachmittag mit dem VAP-Teacher um dies zu besprechen und ihn zu fragen, ob der Aufbau logisch, plausibel, nachvollziehbar und machbar sei. Außerdem übte ich mit ihm nochmal die Praxis um für mich Sicherheit zu erlangen.

Da ich als Teilnehmer meine Kollegen von Station habe (alle Teilnehmer mit Modul 3, bei den meisten schon länger als 1 Jahr her), erfolgt keine große Vorstellungsrunde, sondern wir starten gleich mit der Problem- und Zielvorstellung. Dabei wiederhole ich kurz allgemein die 3-Phasen der Mobilisation: Warm-Up, Funktionstraining, Cool-Down.

Anschließend sollen sie als Eigenerfahrung/Vergleich einen Patienten (dieser ist minimal teilaktiv) aus der Rückenlage in eine 90° Seitenlage verbringen. Der Patient ist im Bett nach unten gerutscht, das Safetex ist verschmutzt und muss erneuert werden. Dies alles soll unter Berücksichtigung der 3-Phasen geschehen. Sie dürfen sich überlegen, wie sie es in ihrem Alltag bisher machen und dann am Bett demonstrieren. Ich muss dabei mehrfach betonen, dass es kein richtig oder falsch gibt, hier niemand geprüft wird und es auch keine Kommentare geben wird. Es soll als Eigenerfahrung dienen um es nachher besser vergleichen zu können. Wo haben sie Schwierigkeiten, was gibt es für Probleme? Mir fällt bei den meisten auf, dass Warm-Up und Cool-Down nur angedeutet bis gar nicht vorhanden ist. Die einzelnen Funktionen werden nacheinander getätigt und nicht miteinander verbunden (ist ja so auch die Vorgabe im Vergleich).

Dann starte ich mit der ersten Phase der Mobilisation, dem Warm-Up M2/1 am rechten Bein in Rückenlage. Ich stelle die Frage, ob sich noch jemand an das Warm-Up M2/1 (Inhalt Modul 2, funktionale Anatomie, Haltungs- und Transportebenen beweglich erhalten) erinnert und was es bedeutet. Fragende Gesichter sind meine Antwort. Ich erzähle also über Haltungs- und Transportebenen und demonstriere dies an einem Teilnehmer im Bett und gehe durch die einzelnen Ebenen vom Zehengelenk bis zur Hüfte und wiederhole, welche Ebene für Haltung, welche für Transport zuständig ist und in welche Richtungen wir bewegen können (Haltungsebene- Bewegung auf einer Achse, beugen und strecken möglich; Transportebene- Bewegung auf mehreren Achsen, kreisförmige Bewegungen möglich). Ich zeige ein abgekürztes Warm-Up am rechten Bein, indem ich beim Aufstellen des Beines nacheinander in richtiger Reihenfolge die Haltungsebenen beuge und die Transportebenen nach außen rotiere. Steht das Bein, tätige ich eine Gewichtsverlagerung vom Becken auf den Fuß (sehr gute Spitzfußprophylaxe) und wieder zurück ins Becken, führe das Knie über das Becken und strecke das Bein wieder aus, indem ich die Haltungsebenen strecke und die Transportebenen nach innen rotiere. Dies kommentiere ich natürlich und versuche Sprache und Tun synchron zu tätigen. Dann gehen die Teilnehmer paarweise zusammen. Alle sollen auf Auflagefläche, Stellung, Gewicht, Beweglichkeit des Beines achten um einen Vorher-Nachher-Vergleich zu haben. Wir bewegen das Bein in 2 Runden durch und für alle ist nachher ersichtlich, dass das Bein beweglicher ist und anders auf der Unterstützungsfläche zu liegen kommt. Mir war wichtig zu vermitteln, dass das abgekürzte Warm-Up nicht viel Zeit in Anspruch nimmt und selbst nach nur 2 Durchgängen ein so großer Unterschied zum nichtbewegten Bein spürbar und sichtbar ist.

Es folgt das Zeigen des kompletten Vorgangs bis zum Drehen in Seitenlage 90° (Schritt 2-8) um zu zeigen, dass man die verschiedenen Funktionen (Schritt im Bett nach oben, Safetexwechsel, Drehen in Seitenlage = Zielsetzung) miteinander verbinden kann. Um wieder ein besseres Verständnis für Drehen-Strecken, Drehen-Beugen zu erhalten, erfrage ich die 7 Grundpositionen und welche davon in unserem Beispiel enthalten sind (Modul 3, menschliche Funktion, die 7 Grundpositionen). Wir kommen auf Rückenlage (Gewicht im Körperstamm) und die Seitenlage als angedeutete Bauchlage (Gewicht in den Extremitäten). Weiter wiederhole ich, dass über eine kontinuierliche Be- und Entlastung mittels Gewichtsverlagerung vom Körperstamm auf die Extremitäten und zurück fortbewegt werden kann. Drehen-Strecken ist die Gewichtsverlagerung vom Körperstamm auf die Extremitäten, Drehen-Beugen die Gewichtsverlagerung von den Extremitäten zurück in den Körperstamm (Modul 3, menschliche Funktion, komplexe Funktion mittels Drehen-Strecken, Drehen-Beugen). Auch dieses Bewegungsmuster enthält alle 4 Richtungen, diese werden hier nur viel dynamischer eingebracht.

Ich demonstriere erneut die Verknüpfung der Lagewechsel und erläutere dabei beim Drehen-Strecken, Drehen-Beugen die Gewichtsverlagerungen, damit es den Teilnehmern deutlicher/klarer wird. Auch versuche ich ihnen zu vermitteln, dass sie durch ihre Eigenbewegung den Patienten bewegen. Sie müssen sich Drehen-Strecken & Drehen-Beugen um ihre Eigenbewegung auf den Patienten zu übertragen. Dies erfordert Dynamik, eine gute Eigenbewegung und Körpergefühl. Die gebeugte Seitenlage wird kurz zentriert. Dies erfolgt über eine minimale Korrektur des Beckens mittels Drehen-Strecken, Drehen-Beugen. Das Körpergewicht wird nun auf direktem Weg über die Knochenstruktur in den Hauptauflageflächen zur Unterstützungsfläche geleitet. Eine zentrierte Position erfordert nur minimale Muskelkraft bzw. minimale Stütz- und Haltefunktion. Da alleine am Patienten gearbeitet wird, benötigt man die zentrierte Position, um beide Hände zur Arbeiten (Safetex-Wechsel) frei zu haben.

Die Teilnehmer üben jetzt wieder aneinander. Bei dem einen oder anderen sehe ich die Fragezeichen und kann die Rädchen im Kopf quasi arbeiten hören. Da es mir auch noch oft so geht, einfach einen Knoten im Kopf zu haben, versuche ich sie, so gut es geht zu unterstützen. Sie stehen zu starr am Bett und haben viel zu wenig Eigenbewegung. Ich stelle mich also hinter sie, halte taktilen Kontakt, bewege mich mit und drehe oder beuge sie dann oft in die angezeigte Richtung. Wir gehen jeden einzelnen Schritt langsam durch. Mit jeder Wiederholung verbessern sie sich. Es geht flüssiger und schneller.

Ich gehe darauf ein, dass bei Drehen-Strecken, Drehen-Beugen eine Verknüpfung von Lagewechseln besser gelingt, weil man gute „Pausen“ zwischen Drehen-Strecken und Drehen-Beugen machen kann (z.B. zwischen Schritt 7 = Drehen-Strecken und Beginn Schritt 8 = Drehen-Beugen). Diesen ganzen Ablauf könnte man auch im kreisförmigen Bewegungsmuster tätigen, hätte dann aber Schwierigkeiten damit, wo hörte der Kreis auf und wo muss ich wieder beginnen um eine optimale Be- und Entlastung zu erhalten?

Für mich beginnt das Cool-Down beim Zentrieren der Seitenlage 90° durch die Kopfentlastung zum Erreichen der stabilen Seitenlage (Cool-Down M3). Es folgen eine Decke im Rücken zum Abstützen, ggf. eine Mikrounterlagerung des unteren Beines und ein Kissen zwischen den Beinen. Dann wird das Bett in der gewünschten Position eingestellt. Das Gewicht ist breit in allen Hauptauflageflächen verteilt. Dies verstärke ich durch ein Cool-Down M1 in dem ich eine Hand unter die Hauptauflageflächen (in unserem Beispiel Brustkorb, Becken und Knöchel) lege und das Gewicht durch kaum sichtbare Minimalbewegungen in alle 4 Richtungen verteile.

Dies demonstriere und erkläre ich wieder am Bett, dann sind die Teilnehmer dran.

Zwischen den einzelnen Teilen oder auch am Bett treten immer wieder Fragen auf:

Wann beginnt ein Warm-Up? Wie umfangreich muss das sein?

Beim Entfernen des Lagerungsmaterials (bei unseren Patienten sehr wahrscheinlich), sollte schon mit Bewegungsanbahnung gearbeitet werden. „Gehen statt Heben“. Wenn man dies im Hinblick auf Haltungs- und Transportebenen beweglich erhalten betrachtet und man dies verknüpft, kann man schon in Seitenlage beim Entfernen des Lagerungsmaterials ein abgekürztes Warm-Up M2/1 einfließen lassen.

Wie gehe ich an der betroffenen Seite (Hemiparese/Hemiplegie) vor? Außenrotation soll ja nicht getätigt werden (für meine Kollegen bedeutet dies, dass ein Warm-Up hier nicht möglich sei und ein Argument, dass das ja alles gar nicht geht und somit überflüssig/sinnlos ist)

Hier werden Bewegungsanbahnung und Warm-Up angepasst. Ich kann verstärkt auf die Haltungsebenen eingehen und die Transportebenen durch Ausgleichsbewegungen einbeziehen. Klar ist, dass große Drehungen vermieden werden müssen. Trotzdem kann ich dieses Bein unter Bewegungsanbahnung aufstellen. Es besteht ein Unterschied darin, das Bein in neutraler Funktionsstellung anzustellen oder einfach nur im Gesamten hochzuheben.

Wieso so wenig Lagerungsmaterial?

Diese Frage höre ich auf unserer neurologischen Station mit ihren unterschiedlichen Konzepten (wie beispielsweise auch Bobath) immer wieder. Ich berichte dann über meine Erfahrungen. Wenn ich eine Seitenlage unter Berücksichtigung aller 4 Richtungen korrekt ausführe, ist das Gewicht an den Hauptauflageflächen verteilt. Habe ich die Position gut zentriert, liegen die Patienten stabil und bedürfen keiner Korrektur oder Abstützung.

Im Anschluss gehen wir zusammen in ein Patientenzimmer zu 2 Patienten und die Teilnehmer setzen Teile aus dem Workshop angepasst an den jeweiligen Positionswechsel um und üben so gleich die Umsetzung in die Praxis. Ich stehe zwischen den Betten und beobachte, unterstütze, erkläre und zeige, wenn es Probleme gibt oder Hilfe bedarf.

Die Teilnehmer empfanden den Workshop als gute Wiederholung um sich Drehen-Strecken, Drehen-Beugen wieder näher zu bringen und zu verinnerlichen. Der Inhalt war für sie nicht zu viel, sondern genau richtig dosiert. Sie fühlten sich nicht überfordert. Viele sagen, dass sie Drehen-Strecken, Drehen-Beugen schwieriger zu verstehen sei als das kreisförmige Bewegungsmuster. Als sie es aber verstanden hatten, dann doch leichter und flüssiger von der Hand ging. Die Selbsterfahrung/der Vergleich wird von allen als gute Verdeutlichung empfunden. Sie wollen selber spüren. Das macht es deutlicher und man behält es leichter im Kopf. Ich hätte alles gut und verständlich erklärt. Das Mitmachen/Führen durch taktilen Kontakt und nicht nur Kommentieren wurde sehr gelobt und ausdrücklich für die nächsten Workshops erbeten. Viele fühlen sich insgesamt unsicher bei der Umsetzung von VAP und hätten gern mehr Praxisbegleitung.

Für mich persönlich war der Workshop ein weiteres Puzzleteilchen auf meinem Weg zum Fachberater. Der kleine Perfektionist in mir stand anfangs schon ganz schön unter Druck. Kann ich das? Verstehen die das alles? Hoffentlich blamiere ich mich nicht. Die Kollegen waren aber lernwillig und motiviert. Mir gelang ein flüssiger und verständlicher Ablauf. Ich konnte Fragen beantworten und fühlte mich dabei nicht überfordert.

## 4.2 Allgemeine Erfahrungen bei der Anleitung von Pflegepersonen für Bewegungsförderung während täglicher Pflege am Patienten (Fließtext)

Viele meiner Kollegen sind bereit, sich Dinge zeigen und erklären zu lassen. Ich erlebe jetzt immer wieder, dass ich um Rat gefragt werde oder sie mich zu Situationen dazu holen um ihnen zu helfen. Sie sind mit Begeisterung dabei. Und wir haben Erfolgserlebnisse. Diese sind wichtig für ein Umsetzen des Konzeptes.

Natürlich gibt es auch Kollegen, die sich nichts zeigen lassen wollen, sondern ihre Arbeit von anderen erledigen lassen möchten. „Du bist doch jetzt bald Fachberater. Du musst das doch jetzt können, dann mach doch bitte mal.“ Sie dann abzuholen und mit ihnen gemeinsam zu arbeiten, gestaltet sich teilweise als schwierig. Es sollte schon eine Grundmotivation vorhanden sein.

Es gibt auch die Kollegen, die grundsätzlich keine Hilfe brauchen, sich nichts zeigen lassen wollen. Sie haben Angst vor Kritik.

Und dann gibt es da noch die Patienten selbst. Manche fordern Bewegung nahezu ein, andere würden am liebsten den ganzen Tag nur im Bett liegen, sie sind ja schließlich krank.

Alle befinden sich auf einem anderen Niveau. Ich muss dann erst einmal für mich herausfinden, wo stehen wir denn gerade und was ist heute das Ziel? Wenn ich zum Lagern dazu geholt werde, habe ich die Absicht, gemeinsam zu agieren. Meine Aufgabe ist nicht, das Safetex festzuhalten, damit es bei den Rutsch- und Hebeaktionen im Bett an Ort und Stelle bleibt. Oft muss ich mir auf die Zunge beißen, tief durchatmen und dann die Kurve bekommen, dem Gegenüber die Idee gut zu verkaufen, das heute doch mal im VAP zu probieren. Ich erkläre und zeige auch, ich mache mit. Es ist oft mühsam, ständig von vorne beginnen zu müssen.

Ich möchte mit gutem Beispiel vorangehen und ein Vorbild sein. Ich versuche, in Anleitungen keine Kritik zu üben, sondern Wege aufzuzeigen, es anders zu machen. Ihnen zu zeigen, dass VAP in der täglichen Pflege nicht zeitaufwändig ist und ihnen auch vieles vereinfacht.

Da ich relativ viele Nachtdienste arbeite, kommt es in diesen häufig zu Anleitungen, weil wir ganz anders Zeit haben als im Tagdienst. Auch nachts decke ich ein breites Spektrum ab, da wir oft sehr unruhige Patienten in den Pflegestuhl mobilisieren. Lagewechsel haben wir mit den schwer betroffenen neurologischen Patienten auch zur Genüge. Außerdem biete ich meinen Kollegen an, außerhalb des Patientenzimmers Abläufe und Funktionen zu üben, in denen sie sich unsicher sind oder zu denen sie Fragen haben.

Auffällig ist dabei immer wieder, dass es schon am Grundmuster hapert bzw. dort begonnen werden muss.

Ich höre immer wieder Argumente dagegen, immer wieder die gleichen Diskussionen. Aber irgendwann wird man mit seinen Argumenten Meister darin, dagegen zu halten. Ich für mich möchte meinen Entwicklungsprozess mit anderen teilen und mein Wissen weitergeben.



## 5. Zusammenfassung und Ausblick (Fließtext)

---

Am Anfang lief das Funktionstraining, quasi die Grundlage meiner Facharbeit, sehr schleppend an. Meine Motivation und Begeisterung waren zu Hause geblieben. Die Station war nach den Feiertagen belegt bis auf den letzten Platz. Kein Patient schien für ein Funktionstraining geeignet. Mit dem Team zusammen wurde Frau K. ausgesucht. Da es mein erster Arbeitstag nach zwei freien Wochen war, kannte ich sie nicht, alle sprachen sich eindeutig für sie aus. Und dann kam sie zurück, meine Motivation. Mit jeder kleinen Reaktion sowohl von der Patientin als auch von den Kollegen ging es besser. Die Rückmeldungen waren durchweg positiv, das Team arbeitete zusammen, hielt mir den Rücken frei. Die strahlenden Gesichter und das Lächeln der Patientin erinnerten mich wieder daran, warum ich dies alles mache. Mit kleinen Schritten zum Ziel.

Und dann ist man plötzlich gezwungen, völlig hilflos daneben zu stehen und zu zuschauen, wie das Schicksal zuschlägt. Dann erinnert man sich an das strahlende Lächeln einer stolzen, aufrecht sitzenden Frau und ist froh und dankbar darüber, sie in den letzten Tagen ihres Lebens würdevoll begleitet zu haben.

Manchmal sind es die kleinen Dinge im Leben, wie ein Lächeln, die viel bedeuten, in Erinnerung bleiben werden und einem so viel zurückgeben.

Eine besondere Herausforderung wird sein, meine Kollegen jeden Tag aufs Neue zu begeistern und abzuholen. Ein Konzept, das nicht gelebt wird, stirbt. Und in meinem Aufgabenbereich fällt nun, dies zu verhindern.

Mein Traum wäre es, wie ein Teil der Praxisanleiter für Praxisbegleitungen und Funktionstraining beim Patienten tageweise freigestellt zu werden. Man könnte die Kollegen während der täglichen Pflege begleiten und Möglichkeiten aufzeigen, VAP darin einfließen zu lassen. So würde es gelebt werden und sich einprägen und automatisch erfolgen. Toll wäre es sicher auch, wenn täglich ein Teacher oder Advisor greifbar wäre, um in schwierigen Situationen oder bei problematischen Patienten zu unterstützen. Sozusagen eine VAP-Sprechstunde.

Vieles ist seit dem Klinikzusammenschluss im Wandel. Wir müssen jetzt zeigen, wie wichtig VAP ist um es weiter voran zu bringen. Idealerweise für alle 3 Kliniken.

## 6. Literaturverzeichnis

---

Heidi Bauder Mißbach, VAP-Bewegungsförderung, Unterlagen für die Qualifizierung zur VAP-Nurse Modul 1-4, VIV-ARTE® Verlag, 10.Auflage Januar 2016

Heidi Bauder Mißbach, VAP-Bewegungsförderung, Unterlagen für die Weiterbildung VAP-Advisor Modul 11-14, VIV-ARTE® Verlag, 13.Auflage August 2018