

Arbeitsunterlagen Funktionstraining

Datum

07.01. – 10.01.2020

Name, Vorname

Dambacher, Elvira

VAP[®]



VIV-ARTE PFLEGEKONZEPT

Inhaltsverzeichnis

1 Vorstellung der Patientensituation (Fließtext)	3
1.1 Medizinische Diagnose des Patienten	4
2 Verlauf des Funktionstrainings (Fließtext).....	5
2.1 Erster Verlauf (Fließtext)	5
2.2 Zweiter Verlauf (Fließtext).....	6
2.3 Dritter Verlauf (Fließtext).....	7
2.4 Vierter Verlauf (Fließtext).....	8
3 Bewegungsdiagnostik	9
3.1 Einschätzung der Funktionsmöglichkeiten (MOTPA).....	9
3.2 Einschätzung der Bewegungsgewohnheiten und der Effektivität in selbstkontrollierten Bewegungen	11
3.3 Einschätzung der Bedingungsfaktoren, welche die Selbstkontrolle oder Effektivität begrenzen	12
4 Wesentliche Veränderungen in der Selbstkontrolle des Patienten für ATL´s mit dem Funktionstraining verteilt über 4 Tage (Fließtext).....	16
5 VAP-Planung der 3-Phasen der Mobilisation	17
6 Mobilisationsplan für die tägliche Pflege (gleicher Patient)	19

1 Vorstellung der Patientensituation

Hr. Z. ist 40 Jahre alt, 192 cm groß, 125 kg schwer und ist vor drei Wochen stationär aufgenommen worden. Der Patient hat sich auf dem Weg zur Arbeit, durch einen Fahrradsturz, eine Tibiakopf- und eine Clavikulafraktur, beides rechts, zugezogen. Im KH Weißenhorn wurde in der Erstversorgung am 20.12.19, das rechte Bein mit einem Fixateur externe stabilisiert. Anschließend wurde der Patient an die Uniklinik Ulm verlegt. Grund dafür, liegt im vorliegenden Wegeunfall zur Arbeit und somit einer BG-Versicherung.

Die Clavikulafraktur wird konservativ therapiert. Hr. Z. trägt keine Bandagen. Der Arm ist freibeweglich. Er darf lediglich beim Aufrichten zum Sitzen nicht belastet werden.

Der Fixateur externe wurde vor 14 Tagen am 27.12.19 entfernt und die Fraktur durch Plattenosteosynthese versorgt. Vor einer Woche am 04.01.20 musste die Plattenstellung korrigiert werden um die laterale Gelenkfläche mit Anstützplatten zu optimieren. Der Patient hat eine Mecronschiene zur Ruhigstellung des rechten Beines. Diese ist bei Mobilisation außerhalb vom Bett zu tragen.

Wegen schwer einstellbaren Schmerzen hat Hr. Z. seit der dritten OP ein peripheres Katheterverfahren am N. femoralis dexter und N. ischiadicus distal. Durch die Regionalanästhesie läuft dauerhaft Ropivacain 0,2% auf 3ml/h. Zusätzlich kann Hr. Z. bei Bedarf alle 30 Minuten einen Bolus von 3ml/h nutzen. Auf der Schmerzskala von 0 - 10 gibt er in Ruhe maximal Schmerzen bei 4 an. Schmerzspitzen bis 8 hatte der Patient nach dem Redonzug am 06.01. und nach der Erstmobilisation an die Bettkante am 07.01.. Seitdem hatte er auf der Skala die 4 nicht überschritten. Am 10.01. wurden beide Katheter gezogen und der Patient gibt eine Schmerzfreiheit an.

Zusätzlich ist durch eine Fehllagerung, während des operativen Eingriffs, der linke Arm stark bewegungseingeschränkt. Hr. Z. klagt über Schmerzen und kann den Arm nicht selbständig strecken.

Am fünften Tag des stationären Aufenthalts äußerte Hr. Z. nachts suizidale Gedanken, die schon seit längerem bestünden und er sich bereits mehrfach überlegt habe, mit seinem Fahrrad vor ein Auto zu radeln oder sich auf die Schienen zu legen. Er berichtet über zahlreiche Belastungsfaktoren (seit dem Tod des Vaters vor 2 Jahren möchte seine Mutter sehr viel Zeit mit ihm verbringen, ihm sei es zu viel, da er manchmal Ruhe brauche, Konflikte mit seinen Geschwistern, ein schwieriges Arbeitsverhältnis mit seiner Firma für die er 25 Jahre gearbeitet hat und die kürzlich Insolvenz anmelden musste. Er habe eine neue Arbeit gefunden, die ihm Spaß macht, er jedoch bis zum 31.12.19 in Probezeit war). Im Gespräch mit dem konsiliarisch bestellten Psychotherapeuten hat er sich glaubhaft von Suizidhandlungen distanziert. Als angstlösende Medikamente wurde Tavor 1mg 1-0-1 angeordnet. Als Diagnose wurde eine Angststörung gestellt und die Differentialdiagnose ist: Panikattacken. Diese Bedarfsmedikation war seit der letzten OP nicht mehr notwendig.

Hr. Z. ist alleinstehend. Er hat keine Kinder und einen eigenständigen Haushalt. Der Kontakt zur Mutter ist eng, mit den Geschwistern unregelmäßig und angespannt. Hr. Z. fühlt sich in seiner Firma wohl, pflegt hier gute und harmonische Beziehungen zum Chef und den Arbeitskollegen. Er erhält viele Genesungswünsche, Telefonate und Besuch von Kollegen.

Der Patient hat seit drei Wochen Bettruhe und versorgt sich nach dem Stellen aller notwendigen Utensilien selbständig im Bett. Haut ist intakt. Alle Einstichstellen sind reizlos und unauffällig. Die Ausscheidung ist spontan und regelmäßig.

Hr. Z. hat bis zum Unfall 20 Zigaretten täglich geraucht und zwei Bier zum Feierabend getrunken. Aktuell sind keine Entzugsschwierigkeiten zu erwarten.

1.1 Medizinische Diagnose des Patienten

20.12.19: Tibiakopffraktur rechts, Clavikulafraktur rechts

Nebendiagnosen: Arterielle Hypertonie (mit Ramipril 5mg gut eingestellt)

Hypothyreose (mit L-Thyroxin 75 mg eingestellt)

OSAS (Patient besitzt keine Schlafapnoemaske)

Adipositas: BMI 34

Die traumatologische Station bittet mich, mit dem Patient zu arbeiten. Über die Feiertage hat sich die Versorgung von Hr. Z. zunehmend schwierig gestaltet. Die Beziehung besonders zum Pflegepersonal und Physiotherapie ist angespannt. Da Hr. Z. theoretisch, körperlich genug Kraft haben müsste sich selbständig im Bett und mit wenig Unterstützung außerhalb vom Bett zu bewegen, verweigert er die Mobilisation sobald Kontakt aufgenommen wird. Besteht das Personal weiter darauf ihn zu unterstützen um Voranzukommen versteift er sich. Diese Angst und Paniksituation geht soweit, dass sich Symptome, wie bei einem Krampfanfall zeigen. Da das Personal nicht mehr bereit ist, zu viel Zeit in die Gesundheitsentwicklung zu investieren, sehe ich die Herausforderung und erkläre mich bereit mit ihm zu arbeiten.

2 Verlauf des Funktionstrainings

2.1 Erster Verlauf am 07.01.2020

Bei der ersten Kontaktaufnahme stelle ich mich beim Patienten als Pflegefachkraft vor und erkläre ihm, dass ich ihn und seine bewegungseingeschränkten Körperteile besser kennenlernen möchte, um gezielt und schonend an seiner Mobilisation zu arbeiten. Hr. Z. erklärt sich bereit, da er sich das schon gedacht habe, als heute sein Rollstuhl geliefert wurde.

Bereits als ich die Bettdecke in die Hand nehme, greift er ruckartig zum Patientenaufrichter und hält sich daran fest. Ab diesem Moment verbalisiere ich alle meine Tätigkeiten ruhig aber bestimmt im Vorfeld, bis das ganze Material außer dem Kopfkissen entfernt ist. Das Kopfteil lasse ich in einer erhöhten Position, da ich den Eindruck habe, Hr. Z. möchte sehen, was ich tue.

Ich beginne mit einem Warm-Up M2/1 am betroffenen, rechten Bein. Führe es, soweit es die Me-cronschiene zulässt, durch. Wegen der Regionalanästhesie stellt das Durchbewegen kein Problem dar. Hr. Z. entspannt sich zunehmend und ich kann auch das linke Bein anschließend durchbewegen. Bis zur Außen- und Innenrotation der Hüfte stelle ich auf der linken Seite keine Defizite fest und kann mir die Einschränkung in der Rotation nicht erklären. Erst nach mehrmaligem Auffordern „locker zu lassen“, gelingt es einigermaßen, das Hüftgelenk passiv zu Kreisen.

Da ich auf der rechten Seite, wegen der Clavikulafraktur mehr Einschränkungen und möglicherweise Schmerzen erwarte, entscheide ich zuerst den linken Arm zu bewegen. Hier überrascht mich, dass sich dieser Arm in der Ellenbeuge nicht strecken lässt. Hr. Z. berichtet, dass er das seit der letzten OP nicht kann, da wurde der Arm falsch gelagert. So kann er nur mit Schmerzen und in einem bestimmten Winkel den Arm strecken. Ich führe auf der linken Seite 6-9 Wiederholungen durch, bis sich der Arm nach der Warm-Up Phase beinahe vollständig strecken lässt. Ich stelle fest, dass der Patient, obwohl es möglich ist, sich jedes Mal so versteift, dass die Bewegung nicht flüssig durchgeführt werden kann.

Im Vergleich dazu ist der rechte Arm, nur bei Bewegungen über dem Kopf eingeschränkt.

Das Warm-Up M2/1 dauert über 60 Minuten. Hr. Z. äußert, dass es ihn sehr anstrengt und möchte jetzt nicht mehr. Das gewonnene Vertrauen und von ihm geäußerte Wohlbefinden nach dem Warm-Up möchte ich nicht wieder verlieren und wir einigen uns darauf, dass es für heute auch reichen würde. Ich bitte ihn lediglich darum, dass er sich von mir noch zeigen lässt, wie er sich selber im Bett nach oben transferieren kann. Diese Aussage führt sofort wieder zu einer hohen Anspannung. Am liebsten hätte er das verweigert. Schon beim „Kopfteil flach stellen“ erkenne ich eine leichte Hysterie. Hr. Z. spürt, dass ich vorher nicht nachgebe und führt, für mich total überraschend, selbstständig einen Schritt nach oben aus. Er stützt sich mit dem linken Bein im Bett ab und kann mit Hilfe vom Patientenaufrichter und dem linken Arm, einen Schritt nach oben gehen. Ich erahne das Potential, denn theoretisch spricht nichts gegen seine Selbständigkeit.

Er verstellt selbst das Kopfteil und möchte außer seiner Bettdecke keine Lagerungsmaterialien im Bett haben.

Bevor ich mich verabschiede, erkläre ich ihm, dass wir die kommenden drei Tage miteinander arbeiten werden. Ich frage ihn, was er bis Ende der Woche, für möglich hält zu erreichen. Gerne möchte er am Wochenende mit dem Rollstuhl zum Rauchen fahren. Wir verhandeln, dass es schon prima wäre bis Freitag selbständig an Bettkante zu kommen.

2.2 Zweiter Verlauf am 08.01.2020

An diesem Tag entscheide ich mich, im Rahmen eines Modul 2 Unterrichts, in der Praxisbegleitung mit zwei Teilnehmerinnen von der traumatologischen Abteilung, Hr. Z. zu besuchen. Er freut sich offensichtlich mich zu sehen und hat keinerlei Einwände, dass die beiden Teilnehmerinnen bei ihm das Warm-Up M2/1 durchführen. Wir einigen uns auf denselben Ablauf, wie am Vortag: rechtes Bein, linkes Bein, linker Arm und rechter Arm. 6 Wiederholungen pro Ebene am linken Arm, ansonsten drei.

Hr. Z. erzählt mir, dass er morgens schon zehn Minuten mit der Physiotherapie und gestützt von einem Würfel am Rücken, an der Bettkante gesessen ist. „Das würde ja wohl für heute reichen.“ denkt er. Vorerst lasse ich es mit einem vorangegangenen Lob so stehen.

Hr. Z. hat außer seinem Kopfkissen keine Lagerungsmaterialien mehr im Bett. Nutzt aber die Bettautomatik um das Kopfteil zu erhöhen und stellt sich eine leichte Beugung in der Hüfte und den Knien ein. Ich vermute schon, dass es schwierig wird hier eine flache Bettposition einzustellen. Er toleriert das tatsächlich nur sehr ungern, lässt es jedoch zu.

Die Einschränkung im linken Arm ist deutlich rückläufig. Die Rotation im rechten Bein ist unverändert zum Vortag.

Der Patient schläft bereits beim Warm-Up vom ersten Bein ein.

Für mehr Beweglichkeit in der Hüfte und als Vorbereitung für das Sitzen versuche ich ihn anschließend zum „Becken kippen“ anzuleiten. Es gestaltet sich sehr schwierig. Hr. Z. wirkt sofort überfordert und gereizt. Die Situation ist angespannt. Ich bleibe ruhig und fordere ihn weiter auf mitzumachen. Beim fünften Mal löst sich auch immer mehr die Spannung auf und er kippt mehrere Male in der Ein- und Ausatmung das Becken.

Das Muster der Anspannung wiederholt sich, als ich ihm erkläre, dass das nun eine gute Vorbereitung für ein stabileres Sitzen an der Bettkante sei. Die Ablehnung kommt prompt. Sein Zögern nehme ich trotzdem wahr und bleibe hartnäckig. Es dauert, aber er stellt zurecht fest, dass ich stur bin und nicht ehe er gesessen ist, gehen werde.

Als Hr. Z. entschieden hat: „Ach komm, dann mach ich halt“, greift er nach dem Patientenaufrichter und versucht sich selbst mit erhöhtem Kraftaufwand im parallelen Bewegungsmuster Richtung Bettkante zu drehen und aufzusitzen. Es ist nicht viel Zeit zum Vorbereiten. Eine Hilfsperson wird von mir aufgefordert das rechte Bein aus dem Bett zu führen und ich unterstütze am Rücken die Drehung zum Sitzen. Eher schlecht, aber immerhin an der Bettkante angekommen, brauchen wir die dritte Pflegekraft um die Bettautomatik zu verstellen. Ich lasse mir meine Ungeduld über das Vorgehen nicht anmerken und stabilisiere die Sitzposition, indem ich hinter Hr. Z. im Bett knie. Ich entscheide mich für Lob und Motivation, auch wenn ich gerne wie ein Rohrspatz geschimpft hätte. Nach ca. fünf Minuten an der Bettkante möchte er wieder zurück. Ich frage ihn, wie es ihm geht: ob er Kreislaufprobleme oder Schmerzen hat. Das verneint er. Er möchte nur wieder hinlegen. Sein Blick wurde starr und er ließ sich zur Seite abfallen. Irritiert über die plötzliche Entwicklung helfen wir ihm wieder zurück in Rückenlage. Sobald er hier angekommen ist, greift er nach dem Aufrichter, geht selbständig einen Schritt nach oben und einen Schritt seitlich. Dann bittet er um die Bettenbedienung um das Kopfteil höher zu stellen. Er sagt: „Sind wir jetzt fertig?“ Darauf kann ich nicht anders und kontere: „Für heute ja, aber morgen falle ich auf diesen billigen Trick nicht mehr rein!“ Er verabschiedet sich mit: „Dann bis morgen.“ Diese Herausforderung nehme ich gerne an.

2.3 Dritter Verlauf am 09.01.2020

Heute gehe ich wieder allein zu dem Patient. Mit einer Schülerin auf Station vereinbare ich, dass sie mich später bei der Mobilisation unterstützt. Ich treffe Hr. Z. mit der Physiotherapie im Zimmer an.

Gerade hat er 30 Min. lang mit der Motorschiene passiv das rechte Bein bewegt. Schmerzen sind unauffällig. Sitzen an der Bettkante wurde heute Morgen, wegen einer anstehenden Diagnostik nicht durchgeführt. Ich vereinbare mit der Physiotherapie, dass ich das übernehmen werde.

Hr. Z. darf ab sofort im Bett die Mecronschiene weglassen, für Transfers außerhalb vom Bett benötigt er diese. Hr. Z. hat außerdem beide Venenverweilkanülen verloren und hat auch keinen Dauerkatheter mehr. Es ist nur noch die Regionalanästhesie angeschlossen. Die Dosierung ist mittlerweile fast ausgeschlichen.

Sobald wir alleine sind, fängt er sofort an zu verhandeln. Später würde noch sein Chef und Kollegen vorbeikommen. Da möchte er fit aussehen und nicht so erschöpft. Vielleicht bringen diese Bier mit, darauf freue er sich. Ich beginne einfach mit dem Warm-Up in bereits gewohnter Form so lasse ich keinen Verhandlungsspielraum zu. Das Gespräch nimmt eine persönlichere Ebene an. Ob er gerne und wieviel Bier trinke? Ob es ihm fehlt oder sogar Schwierigkeiten macht? Dies verneint er glaubhaft. Direkt nach dem Unfall war es schlimm, nicht rauchen zu können. Er beschreibt die körperlichen Entzugssymptome. Im Moment sei es aber kein Problem mehr.

Ich stelle fest, dass er ein Handtuch um den Hals gewickelt hat. Er erklärt, dass er heute starke Nackenschmerzen habe. Ich begeben mich ans Kopfende und möchte mir das genauer anschauen. Nach der Aufforderung den Kopf gerade hinzulegen, legt er ihn in der gleichen Schiefhaltung wieder ab. Ich zeige ihm, wie der Kopf liegen müsste um gerade positioniert zu sein. Dabei stellt sich heraus, dass er sich immer am Patientenaufrichter orientiert hat. Nur musste ich ihm erklären, dass dieser schräg ans Bett angebracht ist. Durch diese Fehllagerung haben sich die Nackenbeschwerden womöglich entwickelt. Nach der Nackenbehandlung fühlt er sich besser.

Er startet einen kläglichen Versuch um nicht an die Bettkante zu müssen. Ohne Erfolg. Ich fordere ihn auf mit dem Aufsitzen zu beginnen. Ich würde ihn dort, wo nötig, unterstützen. Wieder überrascht er mich und sagt: „Ich zeige ihnen mal wie ich das heute schon gemacht habe, ich brauche nämlich kaum Hilfe.“ Er setzte sich fast selbständig hin, benötigt minimale Unterstützung beim Rausdrehen vom rechten Bein. Er sitzt frei, kreislaufstabil und schmerzfrei an der Bettkante. Ich habe den Wunsch ihn besser zu zentrieren, damit er nicht soviel halten muss. Wieder zeigt er sich beratungsresistent.

Diesmal muss er auch nicht auf mein Einverständnis warten, um sich wieder hinzulegen. Er kann es schließlich fast selbst und tut dies nach etwa 10 Minuten auch. Gerne wäre ich noch einen Schritt weiter gegangen um das Aufstehen zu trainieren.

Wir vereinbaren, dass ich am nächsten Tag morgens vorbeikomme.

2.4 Vierter Verlauf am 10.01.2020

Wie vereinbart komme ich um 9 Uhr auf Station. Hr. Z. ist wach, erholt und gut gelaunt. Hat bereits soweit er konnte, die Körperpflege im Bett durchgeführt. Ich wasche ihm noch das rechte Bein und stelle fest, dass die Regionalanästhesie abgebaut ist. Er gibt vollständige Sensibilität und in Ruhe Schmerzfreiheit an. Für unsere gemeinsame Arbeit möchte ich ihm die Mecronschiene anlegen und freue mich, dass er ohne Aufforderung selbständig und ganz selbstverständlich das gesamte Bein anhebt. Ich kommentiere es schließlich nicht einmal mehr. Bin ich es doch mittlerweile gewohnt, dass Hr. Z. schon länger mehr kann als er mich und Andere glauben ließ.

Ich entferne mich vom Bett um eine Lotion für das Warm-Up zu holen. Als ich wiederkomme, sitzt er bereits an der Bettkante. Er freut sich und ist stolz. Ich kann nicht anders und freue mich mit ihm. Wir plaudern noch eine Weile über den Besuch vom Vortag, ob das Bier lecker war und ob er Neues erfahren hat bezüglich seines Arbeitsverhältnisses. Dazu gibt es nichts Neues, sein Chef hat ihm aber mehrfach versichert, dass er willkommen ist, sobald er wieder einsatzfähig wäre. Das war wohl die größte Motivationspritze.

Ich frage ihn, ob ich ihm zurückhelfen darf. Er verneint und wünscht mir ein schönes Wochenende.

3 Bewegungsdiagnostik

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.

4a Menschliche Funktion, Funktionsmöglichkeiten: Mögliche Positionen <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

4a Menschliche Funktion, Funktionsmöglichkeiten: Mögliche Positionen				
Rückenlage Kopfteil erhöht	1	1	1	1
Rückenlage flach	4	4	4	4
Seitenlage links 90 °				
Seitenlage rechts 90 °				
Bauchlage flach				
Bauchlage aufgestützt				
Sitzen im Bett, Mobilisationsstuhl oder Rollstuhl	1	1	1	1
Frei Sitzen (z.B. Bettkante)	6	6	6	5
Sitzen im Stuhl				
Aufgestützter Stand				
Aufrechter Stand				
Zwischensumme 4a Menschliche Funktion: Mögliche Positionen	12	12	12	11

4b Menschliche Funktion, Funktionsmöglichkeiten: Selbstkontrolle in Positionen <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

4b Menschliche Funktion, Funktionsmöglichkeiten: Selbstkontrolle in Positionen				
Rückenlage flach und erhöht	1	1	1	1
Seitenlage links 90 °				
Seitenlage rechts 90 °				
Bauchlage aufgestützt				
Frei Sitzen (z.B. Bettkante)	5	5	3	1
Aufgestützter Stand				
Aufrechter Stand				
Zwischensumme 4b Menschliche Funktion: Selbstkontrolle in Positionen	6	6	4	2

4c Menschliche Funktion, Funktionsmöglichkeiten: Selbstkontrolle in komplexen Funktionen				
<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
4c Menschliche Funktion, Funktionsmöglichkeiten: Selbstkontrolle in komplexen Funktionen				
Drehen von der Rückenlage in die Seitenlage				
Drehen von der Rückenlage in die Bauchlage				
Im Liegen im Bett nach Oben gehen	3	2	2	2
In der Rückenlage im Bett seitwärts gehen	2	2	2	2
Vom Liegen ins Sitzen bewegen	5	5	4	1
Vor- und Zurückrutschen an der Bettkante oder im Stuhl	4	4	4	1
Tiefer Transfer				
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	14	13	12	6

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 Bewegungsgewohnheiten. 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.

3 Menschliche Bewegung: Bewegungsgewohnheiten und Effektivität in selbstkontrollierten Bewegungen					
Bewegungsgewohnheiten (wird untergliedert in vor dem Aufenthalt und jetzt)	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				
Effektivität der selbstkontrollierten Bewegungen (Bei Bewertungen zwischen 5 und 7 im MOTPA 4c hier immer 7 einfügen)	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)				
3a Menschliche Bewegung: Bewegungsgewohnheiten					
Gehstrecke vor Aufenthalt	1	1	1	1	
Gehstrecke jetzt	7	7	7	7	
3b Menschliche Bewegung: Effektivität selbstkontrollierter Bewegungen					
Drehen von der Rückenlage in die Seitenlage					
Drehen von der Rückenlage in die Bauchlage					
Im Liegen im Bett nach Oben gehen	5	4	4	3	
In der Rückenlage im Bett seitwärts gehen	4	3	2	2	
Vom Liegen ins Sitzen bewegen	7	7	6	3	
Vor- und Zurückrutschen an der Bettkante oder im Stuhl	6	6	6	3	
Tiefer Transfer					
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	30	28	26	19	
Gesamtsumme 4 a-c Menschliche Funktion MOTPA und 3 a-b Menschliche Bewegung	62	59	54	38	

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 eingeb Blutet			
2 Funktionale Anatomie: Zustand im Bewegungsapparat				
Rechtes Knie, Beugung	6	6	6	6
Muskeltonus hyperton linkes Bein (Rotation außen und innen erschwert)	3	3	2	1
Linke Ellenbeuge: Streckung (wegen Fehllagerung im OP eingeschränkt)	3	3	2	2
Rechter Arm, Bewegung über Kopf nicht möglich, keine Belastung wegen Fraktur	6	6	6	6
Fraktur rechte Tibia	6	6	6	6
Körpergewicht 125 kg	3	3	3	3
Körpergröße 192 cm	3	3	3	3
Zwischensumme 2 Funktionale Anatomie: Bedingungsfaktoren, welche die Selbstkontrolle begrenzen	30	30	28	27

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

Regionalanästhesie N. femoralis und N. ischiadicus rechts,	6	6	3	1
Wissen aus Instruktionen umsetzen	5	4	3	1
Angst vor Bewegung und Berührung	6	4	3	1
Zwischensumme 1 Interaktion: Bedingungsfaktoren, welche die Selbstkontrolle begrenzen	17	14	9	3

5 Anstrengung: Kontrolle Rumpf und Extremitäten, Kraft u. Leistung				
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			
5 Anstrengung: Kontrolle Rumpf und Extremitäten, Kraft u. Leistung				
Kopfkontrolle	1	1	1	1
Rumpfkontrolle	4	4	3	1
Stützen und Halten rechtes Bein wegen Regionalanästhesie eingeschränkt	6	6	4	1
Stützen und Halten linkes Bein	1	1	1	1
Stützen und Halten rechter Arm	3	3	3	3
Stützen und Halten linker Arm	1	1	1	1
Kreislaufsituation beim Sitzen an der Bettkante	5	4	3	2
Zwischensumme 5 Anstrengung: Bedingungsfaktoren, welche die Selbstkontrolle begrenzen	21	20	16	10

6 Umgebung: Faktoren aus der Umgebung, die Bewegung beeinflussen und Zeitaufwand für Bewegungsförderung	
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

6 Umgebung: Faktoren aus der Umgebung, die Bewegung beeinflussen und Zeitaufwand für Bewegungsförderung				
Stabilisatoren: Mecronschiene re Bein	6	6	6	6
Hilfsmittel für Bewegung: Bettautomatik, Patientenaufrichter, linke Bettseite hoch wegen Angst (eigener Wunsch)	3	3	3	2
Zu- und Ableitungen: 2 Venenverweilkanülen, DK, 2 Regionalanästhesiekatheter	5	5	2	0
Hilfspersonen für Bewegungsförderung	6	6	6	5
Zwischensumme 6 Umgebung: Bedingungsfaktoren, welche die Selbstkontrolle begrenzen	20	20	17	13
Gesamtsumme: 2 Funktionale Anatomie, 1 Interaktion, 5 Anstrengung, 6 Umgebung: Bedingungsfaktoren, welche die Selbstkontrolle begrenzen	88	84	70	53

Auswertung der Bewegungsdiagnostik	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?		24
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		31
Total Zu- oder Abnahme der Punktezahl		55

4 Wesentliche Veränderungen in der Selbstkontrolle des Patienten für ATL's mit dem Funktionstraining verteilt über 4 Tage

Bei Hr. Z. bestand von vornherein keine körperliche Schwäche, die seine Immobilität und Verweigerung erklären ließen. Die große Angst, Panik und psychische Labilität hinderten ihn im Prozess.

Mit zunehmendem Vertrauen in eine schmerzfreie Mobilisation, mit einem hohen Sicherheitsaspekt durch höheren Personalaufwand gelang es ihm sicher an die Bettkante und zurück zu gehen.

Durch die lange Liegedauer kamen die Kreislaufprobleme hinzu, die sich durch zunehmende Mobilisation verbesserten.

Über die vier Tage verteilt habe ich insgesamt 4,5 h Zeit investiert. Rechnet man die Hilfspersonen dazu, waren 6 Arbeitsstunden erforderlich um Hr. Z. auf den Weg der Selbständigkeit vom Liegen zum Sitzen an die Bettkante zu bringen.

5 VAP-Planung der 3-Phasen der Mobilisation

Kernproblematik medizinisch: Tibiafraktur re, Clavikulafraktur re

Kernproblematik Bewegung (aus den beschriebenen Bedingungsfaktoren unter 1 Interaktion, 2 Funktionale Anatomie, 5 Anstrengung, 6 Umgebung auswählen): Angst vor Bewegung und Berührung

Funktionstraining für welche Funktion: Hinsitzen an die Bettkante

1 Interaktion

1.2.2 Anstrengung aufteilen: Fügen Sie alle im Verlauf und Mobilisationsplan beschriebenen Lagewechsel in den leeren Spalten unter *passiv, teilaktiv oder aktiv* ein.

Übergreifende Merkmale für die Interaktion: es beginnt immer der Patient die Bewegungsausführung und Pflege folgt und unterstützt; rechtes Bein muss von Pflege unterstützt werden

Passive Lagewechsel

Teilaktive Lagewechsel Hinsetzen an die Bettkante

Aktive Lagewechsel Im Bett nach oben gehen, im Bett zur Seite gehen

3 Menschliche Bewegung

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.

Übergreifende Merkmale für die Bewegungsmuster: Pflege ergänzt fehlende Richtungen



Lagewechsel



Lagewechsel



Lagewechsel

Im Bett nach oben gehen,
Im Bett zur Seite gehen,
Hinsetzen an die Bettkante,
Hinlegen ins Bett



Lagewechsel

1. Phase Warm-Up (Bei Änderungen bitte Datum einfügen)

Welches Warm-Up & Anzahl Wiederholungen	In welcher Position	An welchen Körperteilen oder M2/2 für welchen Lagewechsel	Falls nötig, mit welchen Anpassungen
M1 Bewegung in 4- Richtungen anbahnen _____ mal			
M2/1 Haltungs- & Transportebenen mobilisieren 3 mal	Rückenlage	Beide Beine, Beide Arme	<ul style="list-style-type: none"> - Linker Arm ab Handgelenk 6-9 Wiederholungen - Rechtes Bein soweit Schiene zulässt - evtl. leicht erhöhtes Kopfteil
M2/2 Druckkontrolle Anbahnen _____ mal			

Zusätzliche Übungen (Bei Änderungen bitte Datum einfügen)			
Welche Übungen	Menge	Anzahl Hilfspersonen	Falls nötig, mit welchen Anpassungen
Becken kippen und Brücke	6 mal	1	
Radfahren			
Rumpfdrehung			

2. Phase Funktionen (Bei Änderungen bitte Datum einfügen)	
Welcher Lagewechsel	Merkmale für die individuelle Unterstützung
Nach Oben	selbständig
Zur Seite	selbständig
Drehen in Seitenlage	selbständig
Hinsetzen an die Bettkante und Hinlegen	Belastung linker Ellenbogen und rausgehen über die rechte Seite, ggf. Kopfteil leicht erhöht
Vor- und zurückrutschen	Im Sitzen Betthöhe so einstellen, dass das linke Bein gut belastet werden kann und so das Vorrutschen selbständig möglich wird
Transfer Bett-Stuhl und Stuhl-Bett	
Aufstehen	
Gehen	
Andere Funktion	

3. Phase Cool-Down (Bei Änderungen bitte Datum einfügen)			
Welches Cool-Down	In welcher Position	An welchen Hauptauflagen	Besonderheiten und benötigte Hilfsmittel
M1 Gewicht in Hauptauflagen in 4-Richtungen verteilen	Rückenlage oder leicht erhöhtes Kopfteil	Steiß, Fersen, Hohlraum Knie unterlagern	gefaltetes Safetex unter Knie
M3 Position zentrieren und minimal Be- und Entlasten	Sitzen an der Bettkante	Sitzbeinhöcker	

6 Mobilisationsplan für die tägliche Pflege (gleicher Patient)

Kernproblematik medizinisch: Tibiafraktur re, Clavikulafraktur re

Kernproblematik Bewegung: Angst vor Bewegung

Welche Alltagsfunktion: Körperpflege oder Nahrungsaufnahme, sitzend an die Bettkante

1 Interaktion

Übergreifende Merkmale für die Interaktion: ___ passiv/ ___ teilaktiv/ **X** aktiv

3 Menschliche Bewegung

Übergreifende Merkmale für das Bewegungsmuster: ___ kreisförmig/ ___ drehen-strecken drehen-beugen/ ___ diagonal/
X achsengerecht

3-Phasen der Mobilisation integriert in eine Alltagsfunktion

3-Phasen der Mobilisation, Ablauf:

1. Lagerungsmaterial unter Anbewegen der jeweiligen Extremität entfernen (Warm-Up)
2. Kopfteil flachstellen; falls nötig noch Transfer nach oben
3. Im Bett nach links gehen lassen (seitlich verschieben)
4. Patient auffordern sich hinzusetzen, rechtes Bein unterstützen
5. Falls nötig, Patient auffordern an der Bettkante vorzurutschen und sich zu positionieren