

Mobilitätsfördernde Pflege

Kleine Schritte mit grosser Wirkung

Die Förderung der Bewegungsfähigkeit ist eine zentrale pflegerische Aufgabe. Überall, wo Menschen Pflege brauchen, ist ein mögliches Risiko für Bewegungseinschränkung vorhanden. Die Kliniken Valens haben in Zusammenarbeit mit dem Institut Pflege der ZHAW eine Pflegeintervention zur Förderung der Bewegungsfähigkeit entwickelt und mit neurologisch erkrankten Menschen getestet.

Text: Susanne Suter-Riederer, Cilly Valär, Lorenz Imhof / **Fotos:** Kliniken Valens

Neurologische Erkrankungen sind die häufigste Ursache von Langzeitbehinderungen. In der Schweiz leben rund 100 000 Menschen mit den Folgen eines cerebrovaskulären Insults (CVI), Multipler Sklerose (MS) oder eines Schädel-Hirn-Traumas (SHT). Obwohl die Symptome und Einschränkungen je nach Diagnose und individuellem Krankheitsverlauf unterschiedlich sind, sind Einschränkungen der Motorik, der Wahrnehmung und Orientierung allen gemeinsam.

Über Jahre haben Pflegefachpersonen der Kliniken Valens in Zusammenarbeit mit dem Institut Pflege der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW eine Intervention entwickelt, die Mobilität, Funktionsfähigkeit, Körperwahrnehmung und Bewegungskompetenz von Menschen mit neurologischen Erkrankungen fördert. Bei der Intervention wird das Bett auf eine Matratze und einen Lattenrost auf den Boden verlegt. Betroffene schlafen sozusagen auf dem Boden und bewegen sich mehrmals täglich mit der Unterstützung einer Pflegefachperson vom Sitzen/Stehen zum Liegen oder umgekehrt. Dabei überwinden sie die Schwerkraft über verschiedene Stufen und Positionen. Dieses Bewegen gleicht dem Entwicklungsprozess eines Kleinkindes, das vom Liegen über den Vierfüsslerstand und das Sitzen zum Laufen kommt. Das Ausmass der Unterstützung wird den individuellen Fähigkeiten der Patientinnen und Patien-



Patientin beim Aufstehen mit dem blauen Block unter dem linken Knie unter Supervision der Pflegefachfrau und Kinaesthetictrainerin Stufe III. Das Bett ist auf einer Matratze und einen Lattenrost auf dem Boden verlegt.

ten angepasst und kann von der Übernahme von Bewegungen bis hin zur verbalen Anleitung alles beinhalten. Pflegefachpersonen, die die Intervention ausüben, sind in ihrer Bewegungskompetenz besonders geschult (Kinaesthetics).

Die Studie

Die Wirksamkeit dieser mobilitätsfördernden Pflegeintervention (MfP) konnte

in einer experimentellen Studie (randomisiert kontrollierten Studie, RCT) nachgewiesen und publiziert werden (Imhof, Suter-Riederer, & Kesselring, 2015). Die Studie wurde von der Ethikkommission des Kantons St. Gallen (Ref. KEK-SG Nr. 09/021) bewilligt und wurde vom Schweizerischen Nationalfonds und der Multiple Sklerose Gesellschaft Schweiz finanziert. 140 Patientinnen und Patien-

ten mit CVI, MS und SHT wurden mit dem Zufallsverfahren einer Interventionsgruppe (IG) und eine Kontrollgruppe (KG) zugeteilt. Beide Gruppen wurden während des Klinikaufenthalts während 30 Tagen untersucht. Die KG erhielt die in der Klinik Valens übliche Therapie und Rehabilitationspflege. Die IG erhielt ebenfalls die gleiche Therapie und Pflege, zusätzlich jedoch die Mobilitätsfördernde Pflege mit gezielter Förderung der Bewegungsfähigkeit. Um die Frage zu beantworten, ob MfP einen positiven Effekt auf Patientinnen und Patienten ausübt, wurde als wichtigster Hinweis die Veränderung der Funktionsfähigkeit gemessen. Dazu wurden am Anfang des Klinikaufenthalts und nach 15 und 30

«Eindrucklich ist, dass Patientin und Pflegefachfrau an den gleichen Themen lernen.»

Tagen die Daten des Erweiterten Barthel Index (EBI) mehrmals erhoben. Gleichzeitig wurden als weitere Ergebniskriterien die Lebensqualität (WHOQoL), die Sturzselbstwirksamkeit (Fall Efficacy Scale, FES) und das Versorgungsdefizit nach Klinikaufenthalt, mit dem Selbstpflegeindex (SPI) gemessen.

Es hat sich gezeigt, dass die Betroffenen der Interventionsgruppe nicht nur schneller selbständig wurden, auch ihre Lebensqualität war signifikant besser. Das Risiko, nach Klinikaustritt weiterhin pflegerische Unterstützung zu benötigen, war in der Interventionsgruppe deutlich kleiner als in der Kontrollgruppe. Nur die Fähigkeit, einen Sturz verhindern zu können, wurde von den Patientinnen und Patienten in der IG, entgegen den Erwartungen, nicht besser eingeschätzt. Wir nehmen an, dass hier die Tatsache eine Rolle spielte, dass Patientinnen und Patienten sich der Risiken durch die Bewegungsschulung bewusster wurden. Die Forschungsmethode lässt die Aussage zu, dass die signifikant bessere Funktionsfähigkeit und Lebensqualität, sowie das reduzierte Risiko, Pflege nach Klinikaustritt zu benötigen, auf die Wirkung der MfP zurückgeführt werden können. Das heisst, Patientinnen und Patienten konnten von der MfP profitieren.

Mit diesen Resultaten konnten wir nachweisen, dass die Intervention MfP posi-

tive Effekte auf Funktionsfähigkeit, Lebensqualität und das poststationäre Versorgungsrisiko bei Menschen mit CVI und MS hat. Wir gehen davon aus, dass die gemessenen Unterschiede im klinischen Alltag von Bedeutung sind und Betroffene in ihrem Alltag von der Intervention profitieren können. Weshalb die Intervention einen positiven Effekt hat und wie die Betroffenen die Intervention erleben, wird aktuell in einer weiteren Studie untersucht.

Nach unserem Wissensstand ist das die erste Studie, die den Beitrag der Pflege am Rehabilitationsprozess sichtbar macht. Dies sollte in künftigen Untersuchungen berücksichtigt werden. Inwieweit die Intervention auch in andern Settings (Langzeit, Akut) Wirkung zeigt, wären weitere wichtige Forschungsfragen. Denn Bewegungsförderung ist nicht nur in der Rehabilitation eine zentrale Aufgabe der Pflege, sondern auch in anderen

Bereichen. Überall wo Menschen Pflege brauchen, ist ein mögliches Risiko für Bewegungseinschränkung vorhanden. Anhand von zwei Fallbeispielen aus Perspektive der Patientin und der Pflegefachfrau möchten wir nun aufzeigen, wie die MfP in der Praxis umgesetzt wird.

Selbstwirksamkeit der Patientin

Frau Schwarz (Name geändert), 55 Jahre alt, lebt seit 20 Jahren mit Multipler Sklerose. Sie meistert ihren Alltag selbständig und geht alle 2-3 Jahre zur Rehabilitation, um ihre Fähigkeiten zu erhalten und verbessern.

Nachdem sie in den Kliniken Valens die MfP kennen gelernt hat, wünscht sie beim nächsten Aufenthalt MfP aus eigener Initiative. Sie verspricht sich davon eine bessere Mobilität und hofft auch, dass sie bei einem allfälligen Sturz zu Hause selber wieder aufstehen kann. Frau Schwarz ist mit dem Rollator gehfähig, was jedoch mit grosser Anstrengung und Unsicherheiten verbunden ist. Der hohe Tonus in den unteren Extremitäten verunmöglicht ihr ein rasches Reagieren und flüssiges Gehen. Was ihr im Moment Sorgen bereitet, sind ihre Knieschmerzen. Davor hat sie auch etwas Angst, wenn sie mit MfP beginnt. Trotzdem möchte sie es versuchen.

Bei den täglichen Transfers vom Boden hoch und runter findet Frau Schwarz

schnell heraus, wie sie ihre Knieschmerzen kontrollieren kann: Wenn sie das Knie beim Aufstehen mit einem kleinen Block unterstützt, ist sie beinahe schmerzfrei. Immer mehr lernt sie, durch kleine Anpassungen ihrer Umgebung, mit möglichst wenig Anstrengung vom Boden aufzustehen. Weniger Anstrengung bedeutet in ihrem Fall, dass der Tonus in den Beinen weniger ausgeprägt ist. Dadurch geht sie nach dem Aufstehen sicherer und ermüdet weniger schnell. Sie selber sagt zu ihren Anpassungen: «Wenn ich die Schmerzen im Knie nicht weggebracht hätte, wäre ich nicht auf dem Boden geblieben. Dank einer kleinen Umgebungsgestaltung hatte ich weniger Schmerzen und wurde beweglicher. Dies hat mir mehr Selbstwertgefühl gegeben; ich kann es noch – das gab mir Mut für die Zukunft zu Hause.»

Selbsterfahrung für die Pflegefachfrau

Frau Unterwasser ist 27-jährig und seit 4 Jahren diplomierte Pflegefachfrau HF. Schon immer war sie fasziniert von der Bewegung. Als ehemalige Profisportlerin hat sie ihre körperlichen Fähigkeiten in extremen Situationen erfahren und kennen gelernt. Jedoch andere Menschen in Bewegung zu bringen ist noch einmal etwas ganz anderes für sie. Der Transfer von Frau Schwitter (Name geändert) bereitet ihr sichtlich Mühe. Sie weiss nicht, wie sie mit der Patientin mit einer diskreten Halbseitenlähmung vom Boden aufstehen kann.

Frau Unterwasser holt sich Hilfe bei der Pflegefachfrau und Kinaestheticstrainerin. Als erstes gestalten sie die Umgebung (wo steht der Rollstuhl, welche Blöcke

Autorinnen

Susanne Suter-Riederer, MScN, RN
Stellvertretende Leiterin Studiengang Master of Science in Pflege, Institut für Pflege, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW und Departement Pflegewissenschaft, Universität Witten / Herdecke, Deutschland; **Cilly Valär**, RN, Kinästheticstrainerin Stufe 3, Kliniken Valens; Prof. Dr. **Lorenz Imhof**, Institut für Pflege, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, ZHAW; Winterthur
Kontakt: Susanne Suter-Riederer, susanne.suter-riederer@zhaw.ch



Pflegefachfrau mit Patientin auf dem Weg vom Boden in den Rollstuhl.

braucht es, wo bewegt sich die Pflegefachfrau, wo die Patientin?) und bewegen sich dann miteinander vom Boden hoch und runter. Gemeinsam erfahren sie, wie und wann Gewicht verlagert und über die Knochen auf den Boden abgegeben werden kann, wie eine stabile Ausgangslage geschaffen wird und gleichzeitig der Bewegungsspielraum erhalten bleibt. Eine weitere Voraussetzung für den eigenen Lernprozess ist die Zeit. Jede Person braucht ihre individuelle Zeit, um einer Bewegung folgen, sprich sie wahrnehmen zu können. In der Umsetzung mit der Patientin ist die Pflegefachperson in zweierlei Hinsicht gefordert. Zum einen folgt sie aufmerksam ihrer eigenen Bewegung, während sie fast gleichzeitig die Bewegung der betroffenen Patienten wahrnimmt, um die eigene Bewegung den Anforderungen der Patientin anzupassen. Durch die Selbsterfahrung mit der Trainerin und die Integration der Patientin entwickelt sich «das Skelett» einer Mobilisation, das im Team besprochen wird. Die Zielsetzung und das Vorgehen

werden beschrieben, allenfalls mit Fotos oder gar kurzen Videosequenzen dokumentiert. Damit kann der Lernprozess für die Patientin und die Pflegefachperson unterstützt und gefördert werden.

Schlussfolgerung

Eindrücklich an diesen Beispielen ist, dass Patientin und Pflegefachfrau an den gleichen Themen lernen:

- Gewicht verlagern und auf die Strukturen (Knochen) abgeben.
- Die Selbstkontrolle der eigenen Bewegung erlangen.
- Die Umgebung gestalten, damit der Bewegungsspielraum nicht eingeschränkt wird.
- Sich über kleine Stufen Schritt für Schritt bewegen.
- Die Anstrengung möglichst gering halten.

Für die Pflegefachfrau war das gemeinsame Bewegen mit der Pflegefachfrau und Kinaesthetictrainerin der Schlüssel für die Situation. Sie hat sich aus der Perspektive der Patienten bewegt und erfah-

ren, was sie verändern kann, wenn sie bei sich und ihrer Bewegung bleibt und wie sie Schritt für Schritt zu einer nächsten Position gelangt. Erst danach war sie bereit, den Transfer mit der Patientin durchzuführen.

Dieser Lernprozess wird durch die professionelle Unterstützung einer erfahrenen Pflegefachfrau mit Trainerausbildung in Kinaesthetics angestossen. Sie leitet einerseits die Bewegungsschulung der Pflegenden in den Kliniken Valens und arbeitet andererseits regelmässig mit den Pflegefachpersonen direkt am Bett, was ein wichtiger Bestandteil der Qualitätsverbesserung in der Pflege bedeutet. Wenn Pflegenden mehr Bewegungskompetenz entwickeln, kann auch die Bewegungskompetenz bei den Patientinnen und Patienten gezielter und effektiver gefördert werden.

Sowohl die Patientin wie die Pflegefachfrau lernten, ihre eigenen Bewegungen zu kontrollieren und Wege vom Boden hoch und runter zu wählen, die sich positiv auf die Schmerzen, die Bewegungsfähigkeit, die Kognition und das emotionale Befinden auswirken. Mit kleinen Veränderungen der Umgebung konnten beide Frauen selber aktiver werden und erkannten, wie sie trotz Einschränkungen mit weniger Anstrengung den Tonus regulieren konnten. Dadurch konnte die Patientin fließender, schneller und sicherer gehen, hatte weniger Knieschmerzen und beide Frauen entwickelten mehr Selbstwirksamkeit. Das Erfahren von Selbstwirksamkeit wirkt sich positiv auf den Alltag der Menschen aus, davon sind sich alle am Prozess Beteiligten einig. ■

Referenzen

- Beer S., Khan F. & Kesselring J.** (2012). Rehabilitation interventions in multiple sclerosis: an overview. *Journal of Neurology*, 259(9), 1994–2008. doi: 10.1007/s00415-012-6577-4.
- European Kinaesthetics Association** (Hrsg): Kinaesthetics Konzeptsystem (EKA) Linz 2015.
- European Kinaesthetics Association** (Hrsg): Lernen und Bewegungskompetenz (EKA) Linz 2015.
- Imhof L., Suter-Riederer S. & Kesselring J.** (2015). Effects of Mobility-Enhancing Nursing Intervention in Patients with MS and Stroke: Randomised Controlled Trial. *International Scholarly Research Notices*, 2015, 6. doi: 10.1155/2015/785497.
- Meyer K., Simmet A., Arnold M., Mattle H. & Nedeltchev K.** (2009). Stroke events and case fatalities in Switzerland based on hospital statistics and cause of death statistics. *Swiss Medical Weekly*, 139(5–6), 65–69.