

Facharbeit zur Fachkraft für kinästhetische Mobilisation

Von Stefan Brinkmann, geb. 07.03.1970, Krankenpfleger auf der Intensivstation im Klinikum Bremen Ost.

Berufsbiographie:

1993-1996 Ausbildung zum Krankenpfleger am Krankenhaus Bremen-Ost.

1996-2004 beschäftigt in der Klinik für Lungenmedizin und Thoraxchirurgie im Krankenhaus Bremen-Ost.

2004 Wechsel auf die Intensivstation.

2005-2007 Fachweiterbildung Intensivpflege und Anästhesie.

Veranstaltungszeitraum:

Modul1: Juli 2007

Modul2: Mai 2010

Modul3: September 2010

Modul4: November 2010

Veranstaltungsort:

Klinikum Bremen-Ost, Integratives Bildungszentrum.

Dozent:

Marcus Mitwollen

Inhaltsverzeichnis

1 Einführung

2 These

3 Patientenbeschreibung

4 Patienteneinschätzungen

5 Erste Mobilisationsdurchführung

1Warm up

2Positionswechsel

3Cool down

6 Reflexion der Mobilisation

1Raum- / Zeitgestaltung

2Psyche / Kommunikation

3Körper

7 Zweite Mobilisationsdurchführung

1Warm up

2Positionswechsel

3Cool down

8 Reflexion der Mobilisation

1Raum- / Zeitgestaltung

2Psyche / Kommunikation

3Körper

9 Dritte Mobilisationsdurchführung

1Warm up

2Positionswechsel

3Cool down

10 Reflexion der Mobilisation

1Raum- / Zeitgestaltung

2Psyche / Kommunikation

3Körper

11 Schlusswort

12 Quellennachweis

Einführung

In meinem bisherigen Berufsleben gab es immer wieder Berührungspunkte mit dem Begriff Kinästhetik. Z.B. in der Ausbildung, als abstrakte Technik gegen drohendes Rückenleiden. In Form von Krankenpflegeschüler/innen, die den „Schinkengang“ üben wollten oder von Kollegen, die es im Kreuz hatten. Ein Begriff, über den viel geredet, aber der Theorie zugeschrieben und indirekt für nicht praxistauglich erklärt wurde.

Als ich auf die Intensivstation wechselte, änderte sich dies ein wenig. Hier wurden von Marcus Mitwollen regelmäßig Workshops angeboten, die kinästhetische Mobilisation praxistauglich vermittelten. So konnte man einzelne Elemente in seine Arbeit mit einfließen lassen, ohne jedoch größere Zusammenhänge und theoretische Verknüpfungen herstellen zu können.

Während der Fachweiterbildung absolvierten ich einen Grundkurs;“ Kinästhetics in der Pflege“.Der war reich an Eigenerfahrungen und theoretischem Hintergrundwissen und arm an Praxisumsetzung. An dem 2007 bei uns zum Ersten mal angebotene Modul für kinästhetische Mobilisation habe ich eigentlich nur teilgenommen, um mich auf die praktische Fachweiterbildungsprüfung vorzubereiten. Doch machte es mir das bisher Gelernte verständlicher und zeigte einen Weg in die Praxis auf.

Als bei uns Kinästhetik nun in vier Modulen angeboten wurde, konnte ich 2010, mit etwas Verspätung, die restlichen Module zum Glück hintereinander absolvieren, was eine sehr lern- und erfahrungsintensive Zeit war und mir zuletzt ein umfassendes Verständnis über die Theorie und vor allem über die praktische Umsetzung vermittelt hat. Mit dieser Arbeit möchte ich das Gelernte noch einmal vertiefen und ein Stück weit in den Alltag integrieren.

These

Die Arbeit am kritisch kranken, sedierten und beatmeten Patienten ist im hohen Maße standardisiert und mechanisiert. Überwachung und Sicherheit stehen an oberster Stelle und trotz hoher Präsenz, im Zimmer und am Patienten, gestaltet sie sich eher Bezugsarm. Der Patient wird oftmals zum Gegenstand, den es zu lagern, zu pflegen gilt. Kommunikation ist einseitig und ebenfalls mechanisiert. Erwachen diese Patienten aus dem Medikamentenkoma, sind sie fast ausschließlich wahrnehmungsgestört und desorientiert. Sie halluzinieren, sind ängstlich, gestresst und unkoordiniert, motorisch unruhig. Meist ist es unmöglich, in dieser Phase einen Zugang zu dem Patienten zu bekommen. Fixierung und Medikamentengabe sind die Folge.

Meine Frage ist, helfen frühzeitig angewandte kinästhetische Bewegungs- und Mobilisationsmaßnahmen einen ersten Kontakt / Bezug aufzubauen, der dem Patienten hilft, schneller und weniger angstbesetzt durch die oben genannte Phase zu kommen.

Patientenbeschreibung

Krankheitsvorgeschichte: Myokardinfarkt 2007; cerebraler Substanzverlust mit Trepanation und Aneurysmaclipping 2001; anschließend sympt. Epilepsie; arterieller Hypertonus.

Aktueller Krankheitszustand:

Hr.F. ist 62 Jahre alt und wegen eines Myokardinfarktes auf unserer Station. Während eines cerebralen Krampfanfalles erlitt er einen Kreislaufstillstand und wurde reanimationspflichtig. Nach erfolgreicher Wiederbelebung und Hypothermiebehandlung

bekam er im Rahmen eine Herzkatheteruntersuchung zwei Stend`s implantiert (RIVA/PTCA). Bei einem Aufwachversuch zeigte er nur vegetative Reaktionen und Myoklonien in Armen und Kopf, woraufhin der Verdacht auf einen hypoxischen Hirnschaden geäußert wurde. Hr. F. wurde am 27.12.2010 tracheotomiert, anschließend wurden alle sedierende Medikamente auf ein Minimum reduziert, um den weiteren Verlauf beurteilen zu können.

Erste Patienteneinschätzung am 28.12.2010 / Zweite Patienteneinschätzung am 30.12.2010 / Dritte Patienteneinschätzung am 02.01.2011

Legende: 1-6 (1= geringfügige Problematik; 6= ausgeprägte Problematik)

Erste Mobilisationdurchführung am 28.12.2010

Hr. F. ist ohne sedierende Medikamente. Er öffnet die Augen. Der Blick ist starr und er nimmt keinen Blickkontakt auf. Das Augen öffnen ist durch Ansprache nicht reproduzierbar.

2

Er bewegt mit wenigen Pausen rhythmisch seinen Kopf von rechts nach links. Durch Festhalten lässt sich dieser Impuls nicht stoppen.

Der Muskeltonus im Nacken ist sehr hoch, in den Beinen und Armen schlaff. Hier führt er keine Eigenbewegungen durch.

Bei Geräuschen im Zimmer (Stimmen/Rascheln ect.) steigt sein systolischer Blutdruck auf über 200mmHg an und er wirkt insgesamt unruhiger.

Interaktion: passiv

Bewegungsmuster: linear in vier Richtungen / diagonal

1

1.Warm up

Patient liegt auf dem Rücken auf einer Wecheldruckmatratze. Oberkörper ist mit einer leichten Decke bedeckt, Beine liegen frei. Ansonsten sind keine weiteren Materialien im Bett. Die Matratze ist auf statisch geschaltet.

Ich beginne mit den Zehen des rechten Fußes und drehe sie die vier Richtungen betonend fünf mal rechts herum und fünfmal links herum. Dabei gebe ich dem Patienten verbale Information.

Dann verfare ich genauso mit dem gesamten Fuß. Am Ende streiche ich den Fuß einmal von oben nach unten aus.

Mit dem Bein und Arm verfare ich wie in :“VIV-ART Kinästhetik – Bewegungslehre Modul 1-4 Seite 18: Warm up Modul1“.

Am Ende der Maßnahmen streiche ich Arm und Bein einmal aus und setze dabei ein wenig Zug mit ein.

Ich wiederhole die Maßnahmen auf der linken Seite.

Als Nächstes hebe ich die Hüfte etwas an und bewege sie jeweils fünfmal in vier Richtungen rechts und dann links herum und übe am Ende einmal Druck von oben auf die Hüfte aus.

Dies wiederhole ich mit dem Brustkorb und dann mit der rechten und linken Schulter.

Bis hierher sind alle Bewegungen uneingeschränkt durchführbar. Muskeltonus ist nicht zu spüren, auch keine Patienten eigene Impulse. Die Gelenke sind nach allen Seiten frei beweglich.

Am Kopf ist dies anders. Die Nackenmuskulatur ist angespannt und versteift, der Kopf bewegt sich im kurzen Radius von rechts nach links. Hier kann ich nur mit den Händen die vom Patienten geführten Bewegungen folgen und kurze, taktile Impulse in die vier Richtungen geben. Anschließend streiche ich den Kopf vom Nacken her einmal aus.

2.Positionswechsel

Transfer zum Kopfende im diagonalem Bewegungsmuster zwei mal je Seite durchgeführt. Hierfür werden beide Beine aufgestellt, Entlastung der linken Schulter auf den rechten Fuß. Gewichtsverlagerung auf das linke Bein durch seitliches Kippen der Beine. Rechte Seite wird nach oben hin verschoben. Wiederholung dieser Maßnahme auf der linken Seite. Positionieren der Massen.

Transfer zur linken Bettseite durch Be- und Entlastung in vier Richtungen der Beine, des Beckens und des Oberkörpers. Dann wird der Patient im diagonalen Bewegungsmuster 30° auf die rechte Seite gedreht und mit jeweils einer Deckenrolle im Rücken und auf der Vorderseite abgrenzend gelagert. **3**

Das rechte Bein wird gestreckt, das linke angewinkelt und parallel zur Unterlage gelagert. die Arme leicht angewinkelt vor dem Körper.

3.Cool down

3

Hauptauflageflächen sind rechtes Knie,Hüfte, Schulter und Kopf. Diese Flächen werden jeweils in vier Richtungen ausgerichtet.

Reflexion der Mobilisation

Raum / Zeitgestaltung:

Die Mobilisation dauerte ca. 55 min. und war so in dem zeitlich gestecktem Rahmen. Sie wurde vier- oder fünfmal durch Kollegen oder Ärzte gestört. Hier fehlte die Absprache im Vorfeld.

Für den Patienten schien die Dauer der Mobilisation keine Überforderung gewesen zu sein.

Die WDM war hinderlich, da die Oberfläche rutschig ist und kaum Halt bietet.

Der Patient mobilisierte zweimal durch Husten Trachealsekret, was als positiv gewertet wurde.

Psyche / Kommunikation:

Während der gesamten Mobilisation überstieg der systolische Blutdruckwert niemals die Grenze von 170mmHg. Die Atmung war ruhig und der Patient wirkte stressfrei und entspannt. Am Ende schlief er ein.

Das visuelle folgen der Bewegungen gelang mir gut, die verbalen Informationen habe ich manchmal vergessen.

Allen Maßnahmen wurden mit einem taktilen Impuls begonnen und beendet (entweder

durch Druck oder durch Ausstreichen und Zug).

Körper:

Die Mobilisationsphasen waren klar abgegrenzt. Der Bewegungsspielraum wurde bei freier Beweglichkeit ausgefüllt. Meiner Auffassung nach wurden die Maßnahmen dem Patienten angepasst und korrekt durchgeführt.

Über den Nutzen für den Patienten, in Bezug auf Förderung lernen von Funktionen kann ich zum jetzigen Zeitpunkt wegen der völligen Passivität und dem sehr eingeschränkten Bewusstseinszustand keine Aussage machen.

2. Mobilisationsdurchführung am 30.12.2010

Hr. F. ist wach, er hat die Augen offen und blickt auf Ansprache in meine Richtung. Er kommt einfachen Aufforderungen wie Mund öffnen, Augen schließen mit etwas Verzögerung nach.

4

ZVK und Arterie sind entfernt, der Patient macht bis zu einer Stunde Spontanatmung. Er liegt quer, ans Fußende gerutscht im Bett, eingerahmt von Lagerungsmaterialien. Er wirkt insgesamt sehr unruhig, bewegt weiterhin seinen Kopf, jedoch nicht mehr so rhythmisch. Den linken Arm und den Oberkörper kann er leicht bewegen. Einen Händedruck führt er nicht aus. Der rechte Arm ist völlig kraftlos ohne Eigenbewegung. In beiden Beinen sind Bewegungsimpulse, der Muskeltonus ist schwach. Einfachen Bewegungsaufforderungen kommt er nicht nach.

Interaktion: passiv

Bewegungsmuster: diagonal / kreisförmig in vier Richtungen

Ziel dieser Mobilisation ist es, dem Patienten mehr Raumorientierung sowie bessere Körperwahrnehmung und Koordination zu vermitteln.

1. Warm up:

Nach dem Entfernen aller Lagerungsmaterialien wird der Patient in eine bequeme Rückenlage gebracht und hier in vier Richtungen aus positioniert. Die Arme werden mit zwei Handtüchern etwas unter lagert und er bekommt ein Kopfkissen für eine möglichst entspannte Kopflage.

Die Ausgangslage hat sich in sofern geändert, dass ich von einem Krankenpflegeschüler begleitet werde.

Ich wiederhole das Warm up aus der letzten Mobilisation, wobei ich versuche, die einzelnen Bewegungsabschnitte kreisförmiger und fließender zu gestalten und den Bewegungsradius langsam beginnend, max. auszuschöpfen. Die einzelnen zu bewegend Regionen unterteile ich in Fuß, Bein, Hüfte, Hand, Arm und Schulter.

Neben den Kugelgelenken bewege ich auch die Scharniergelenke am Fuß, in dem ich sie gegeneinander verschiebe.

Zur Gelenkmobilisation setze ich zusätzlich Zug- und Druck mit ein, indem ich nach jedem Abschnitt die Kraft entweder über meinen Körper oder auf die Unterlage leite.

Die rechte Hüfte bewege ich, indem ich mit der linken Hand unter das rechte Becken greife und die rechte Hand oben auf die Hüfte lege. Nun bewege ich das Becken kreisförmig nacheinander in beide Richtungen. Mit der rechten Schulter verfare ich genauso.

Jede Maßnahme beende ich durch Ausstreichen der Körperregion, bzw. durch Druck auf die Unterlage bei Hüfte und Schulter.

Durch kurze, verbale Information kläre ich den Patienten über jede Maßnahme auf. Mein Informationsschwerpunkt habe ich aber eher durch taktiles Führen.

Die linke Körperseite übernimmt der Krankenpflegeschüler, so dass ich hier verbale Anleitung gebe, bzw. einzelne Abschnitte vorführe und ihn wiederholen lasse.

2.Positionswechsel

Transfer zum Kopfende mit diagonalem Bewegungsmuster. Zur Vorbereitung des Schrittes werden beide Beine aufgestellt und die Füße auf der Unterlage mit meinen Händen fixiert. Ich habe das rechte Bein übernommen, der Schüler das Linke. Im Wechsel verlagern wir jetzt durch Zug über den Oberschenkel auf die Hüfte das Gewicht auf den jeweiligen Fuß und halten die Belastung einen Moment aufrecht. Es folgt Entlastung. Dreimal je Seite wiederholen wir und legen die Beine dann auf die linke Seite ab, verlagern das Gewicht des Oberkörpers auf die linke Schulter und gehen einen Schritt nach oben. Der Schüler übernimmt hierbei den Unterkörper, ich den Oberkörper.

5

Beim nächsten Schritt wechseln wir.

Der Transfer gestaltet sich schwierig. Der Patient scheint nicht so recht von der Stelle zu kommen. Außerdem spürt man eine Gegenspannung im Oberkörper. Die Unterlagen sind unter dem Patienten zerknüllt. Jetzt überrascht Hr. F. uns! Wir stellen seine Beine auf, fixieren sie und fordern ihn auf; "eine Brücke" zu machen und er hebt tatsächlich das Becken etwas an, so dass wir die Unterlage wieder glatt ziehen können. Reproduzieren läßt sich dies Aktivität dann nicht, aber dies ist die erste adäquate Bewegung nach Aufforderung.

Um diese Tendenz zu fördern, entscheide ich, den Patienten auf eine Normalmatratze umzulagern. Bis zur rechten Bettkante geschieht dies durch seitlichen Transfer, der Schritt ins neue Bett dann aber passiv mittels Rollbrett.

3.Cool down

Der Patient wird mit einer Deckenrolle, die beginnend auf der rechten Seite leicht unter die Körperflanke, weiter unter das Gesäß geschlagen und in der gleichen Form wie rechts leicht unter die linke Körperseite gelegt. Diese U-förmige Lagerung begrenzt den Patienten an drei Körpergrenzen und verteilt den Auflagedruck über die Auflagefläche. Wirbelsäule und Steißbereich sind druckentlastet.

Das Bett wird in eine sitzende Position gebracht, dann Arme und Beine in Ruhestellung mit Kissen unter gelagert. Der Kopf leicht über gestreckt auf ein flaches Kopfkissen.

Es erfolgt die Ausrichtung von Schultern, Thorax und Becken in vier Richtungen.

Reflexion der Mobilisation

Raum / Zeitgestaltung

Die Mobilisation dauerte mit Umlagerung ca. 1,5h. Die Umlagerung war eigentlich für den nächsten Tag geplant, sie in den Ablauf zu intrigieren brach den Rhythmus. Den Wechsel während der Mobilisation werte ich im Nachhinein als Fehler.

Die Trachealkanüle schien den Patienten zu stören und löste immer wieder einen Hustenreiz aus, was unter zeitweiliger Spontanatmung nicht auftrat.

Psyche / Kommunikation

Der Patient wirkte während des Warm up über ruhig und aufmerksam. Der Blutdruck lag im Normbereich.

Während des Positionswechsels wirkte er unkoordiniert und etwas ängstlich, vor allem, wenn die Gewichtsverlagerung zur linken Seite hin stattfand.

Die knappen verbalen Informationen hielt ich für ausreichend. Ob er er sie überhaupt zur Kenntnis genommen hat, kann ich nicht beurteilen. Er schien mehr auf Berührung und taktile Führung zu reagieren. Die Schüleranleitung störten denn Ablauf meines Erachtens nicht.

Ich konnte den Maßnahmen visuell gut folgen und auch den Patienten im Blick behalten.

6

Zum Ende hin wirkte der Patient überfordert. Er zeigte auf Ansprache, Fragen keine Reaktion mehr und schlief schon während abschließenden Lagerung ein.

Körper

Die Bewegungen wurden in einem langsamen, nachvollziehbaren Rhythmus durchgeführt. Der Spielraum der Gelenke wurde bis an die Grenzen ausgeschöpft.

Beim Zugaufbau über den rechten Arm hatte der Patient das Gesicht schmerzhaft verzogen. Die Maßnahme wurde dann nicht intensiviert.

Die Bewegungsabläufe in vier Richtungen konnte ich mit meinem Körper gut nachvollziehen.

Beim Aufbau von Zug / Druck konnte ich dies gut über meinen Körper steuern.

Das Umgreifen / Handling war soweit kein Problem. Als der Patient beim Schritt nach oben plötzlich eine Abwehrspannung aufbaute und sein Bewegungsimpuls entgegengesetzt ging, verlor die Maßnahme an Dynamik und wurde ineffektiv. Bei wiederholten Versuch setzte ich mehr Zug ein, um mehr Spannung in der rechten Körperhälfte zu bekommen. Der Schritt nach oben wurde dann aber eher durch meine Kraftanstrengung vollzogen. Auf der linken Seite zeigte sich diese Problematik nicht.

Dritte Mobilisationsdurchführung am 02.01.2011

Hr. F. ist wach und atmet spontan (bis zu vier Stunden). Bei der Begrüßung lächelt er. Hr. F. ist in Bewegung, der linke Arm ist über den Kopf verschränkt, der Rechte über der Brust. Die Beine sind halb aufgestellt. Er ist motorisch unruhig, verändert permanent seine Lage, wirkt hierbei unkoordiniert und scheint sich schnell zu erschöpfen. Zwischenzeitlich schließt er immer wieder die Augen und nickt kurz ein.

Der rechte Arm ist kraftlos, einen Händedruck kann er hier nicht aufbauen, aber den Arm auf Aufforderung ein Stück anheben. Im linken Arm hat er mehr Kraft. Hier kann er einen leichten Händedruck erwidern und auch einen Gegenzug aufbauen. Mit den Beinen kann er kurzzeitig eine Position halten.

Interaktion: teil aktiv

Bewegungsmuster: kreisförmig in vier Richtungen, spiralförmig

Ziel dieser Mobilisation ist die Anteile der Eigenbewegungen zu koordinieren und zu fördern.

Zu Beginn sagte ich dem Patienten, das ich ihn nach einer Aufwärmphase an die Bettkante mobilisieren möchte. Er scheint sehr erfreut darüber zu sein.

1. Warm up

Für diese Mobilisation habe ich das Warm up aus dem Arbeitsheft ; „Kinästhetik Bewegungslehre Modul 1-4“, Seite 56, „Warm-up Modul 2“ ausgewählt. Das spiralförmige Bewegungsmuster soll den Patienten darin unterstützen, eine Position sicherer zu halten und ihm den Bewegungsablauf verdeutlichen.

Ich fordere den Patienten auf, das rechte Bein anzustellen, was er auch tut.

7

Ich korrigiere den Stand und streiche das Bein zu Fuß hin mehrmals aus, mit zunehmenden Druck auf den Fuß. Strecke dann über Zug am Oberschenkel die Hüfte und erhöhe so den Druck auf den Fuß. Ich fordere den Patienten auf, diese Position kurz aufrechtzuerhalten und überlasse ihm einen Teil der Anstrengung. So führe ich das Warm up wie im Arbeitsheft beschrieben fort, wobei ich dem Patienten immer einen Teil der Kraftanstrengung überlasse. Beim Schritt nach oben muss die Maßnahme wiederholt werden, weil sein rechter Fuß auf der Unterlage abrutschte. Beim zweiten Mal fixiere ich seinen Fuß und halte die Spannung auf dem Oberschenkel aufrecht. Jetzt kommt der Bewegungsimpuls ganz klar vom Patienten und ich muss nur noch mit wenig Kraftaufwand den Oberkörper führen. Auf der linken Seite wiederhole ich die Maßnahmen nach dem gleichen Schema. Hier zeigt der Patient mehr Stabilität und Kraft, vor allem im Oberkörper. Anschließend folgt ein Transfer auf die linke Seite, indem der Patient seine Beine anwinkelt, ich sie mit meinem Körper fixiere. Er kann jetzt sein Becken anheben und ich führe es zur Seite. Beim Oberkörper muss ich die schwache rechte Seite unterstützen, während der Patient sich mit dem linken Arm bei mir festhalten kann. Hier übernehme ich fast die gesamte Anstrengung.

2. Positionswechsel

Vor Beginn der Mobilisation entferne ich alle entbehrlichen, zuführenden Schläuche und Kabel.

Der Patient dreht sich selber auf seine rechte Seite. Ich positionierte ein wenig nach und führe seine Beine über die Bettkante. Mit dem linken Arm stütze ich seinen Kopf und Nacken.

Den rechten Arm des Patienten Winkle ich vor seiner Brust an, mit der linken Hand stützt er sich ab und fixiert dabei den rechten Arm vor der Brust. Ich verlagere jetzt sein Gewicht auf den rechten Oberkörper / Ellenbogen, führe den Schwerpunkt auf die linke Hand, dann in einer Halbkreisbewegung über die rechte Hüfte, wobei der Patient nach einem ;“BEI DREI!“ Kommando sich aktiv mit der aufgestützten Hand hoch drückt, auf die linke Hüfte. Alle Bewegungsrichtungen führe ich durch Ausstreichen in die jeweilige Richtung und die Auflagepunkte werden durch Druck deutlich gemacht. Jede Bewegung wird sehr langsam ausgeführt, verbal erklärt und mit dem eigenen Körper begleitet.

3. Cool down

Das Bett wird heruntergefahren, bis der Patient mit den Füßen Bodenkontakt hat. Über Gewichtsverlagerung in vier Richtungen wird er erst auf der rechten, dann auf der linken Seite weiter ins Bett hinein gesetzt. Füße, Beine und Becken werden ausgerichtet. Während dieser Maßnahmen bedarf der Patient noch viel Unterstützung um sich zu Halten, da er noch kein Gleichgewicht gefunden hat und tendenziell zur rechten Seite kippt. Hier gebe ich ihm jetzt Halt, indem ich mich neben ihn setzte und mit meinem Körper abstützte. Durch langsamen Druckaufbau auf Vorder- und Rückseite des Thorax richtet der Patient seinen Oberkörper auf. Den Kopf kann er auf Aufforderung selber aufrichten. Diese Position kann er über einen kurzen Zeitraum halten und ließ sich dann auch durch verbale Anleitung reproduzieren.

Nun wurde er von drei Seiten mit jeweils einem Lagerungsblock unterstützt und links und rechts mit je einem Bettgitter, an dem er sich festhalten kann. So saß er gut zwanzig Minuten, sichtlich erschöpft, wollte er sich aber nicht wieder zurück ins Bett legen.

8

Reflexion der Mobilisation

Raum / Zeitgestaltung

Die Mobilisation dauerte mit Vor- und Nachbereitung etwas über eine Stunde und war so zeitlich in einem angemessenen Rahmen.

Hilfsmittel (Bettgitter / Lagerungsblöcke) wurden so genutzt, dass der Patient sich selber in der Position halten und kleine Positionsveränderungen vornehmen konnte.

Psyche / Kommunikation

Diese Mobilisation fand am Nachmittag in einer ruhigen, störungsfreien Atmosphäre statt. Die Ruhe wirkte sich positiv auf den Patienten aus. Er war aufmerksam und konzentriert bei der Sache. Die Maßnahmen haben ihn nicht überfordert, wie ich bei der vorherigen Mobilisation das Gefühl hatte, sondern meines Erachtens eher gefördert. Die veränderte räumliche Situation aus der liegenden in die sitzende Position scheint ihm ein große Erleichterung verschafft zu haben.

Die verbalen Anweisungen konnte er umsetzen. Er gab durch Kopfzeichen Bestätigung, wenn er etwas verstanden hatte.

Körper

Bei dieser Mobilisation konnte der Patient einen Teil der Kraftanstrengungen selber übernehmen. Manchmal reichte die verbale Anleitung um einen Bewegungsablauf zu beginnen, der dann nur mit etwas Unterstützung in die entsprechende Richtung geführt werden musste.

Die Bewegungsabläufe, z.B. beim Schritt nach oben, waren gut koordiniert und die Eigenimpulse sehr deutlich.

Ich denke, ich habe dem Patienten einen adäquaten Anteil an Eigenanstrengung

überlassen. Beim Umgreifen, Aufbauen von Zug und Druck, flexibles Wechseln in verschiedene Positionen fühle ich mich soweit sicher. Den Ablauf der Bewegungsmaßnahmen konnte ich dem Patientenbedürfnis entsprechend abwandeln.

Beim Aufsetzen an die Bettkante hat der Patient sich völlig meiner Führung überlassen, was es mir sehr leicht gemacht hat. Ich sehe darin auch ein gewisses Maß an Vertrauen, das er mir entgegen brachte.

Schlusswort

Ich habe jetzt eine Woche lang mit diesem Patienten gearbeitet und konnte einen rasant positiven Verlauf verfolgen. Ich habe aus dieser Woche drei Mobilisationsphasen herausgesucht, die jede einen Punkt des Prozesses markierte, an der man den Fortschritt deutlich machen konnte. Mich selber hat dieser Verlauf auch sehr positiv gestimmt und motiviert.

Das kinästhetische Handling ist in dieser Woche ja noch einmal intensiv geübt worden und fiel mir von Mal zu Mal leichter.

9

Wusste ich zu Beginn oft nicht, in welchem Muster ich gerade stecke(diagonal ? spiralförmig?), immer mal wieder nachlesen und nach probieren musste, so konnte ich dies in den letzten Mobilisation doch recht gut reflektieren und umsetzen. Förderlich war da wohl auch ein interessiert fragender Schüler, der mich einige Tage begleitet hat. Probleme oder Reibungen mit den Kollegen gab es nicht. Sie ließen mich machen, begleitet mit der einen oder anderen ironischen Bemerkung.

Um auf meine Eingangsthese zurück zu kommen! Ich denke, dass ich über die kinästhetischen Mobilisationsmaßnahmen einen vertrauensvollen Zugang zu diesem Patienten bekommen habe. Ich konnte in der ganzen Zeit keine Abwehrverhalten oder Unwillen von seiner Seite wahrnehmen und auch selber meine Berufsdistanz beiseite legen. Kinästhetik ist Nähe, ganz eindeutig, und schafft enge Berührungspunkte. Aber professionelle Nähe schafft auch ein ausgewogenes Nähe – Distanz – Verhältnis, auf das sich beide Seiten für eine gewisse Zeit einlassen können und so profitieren und lernen auch beide Seiten voneinander. Das ist meine Erfahrung aus dieser, aber auch aus einer Zweiten, ähnlich verlaufenden Mobilisationsphase.

Es bleibt noch viel Raum und viel Bedarf, die bisher gelernten kinästhetischen Mobilisationsmöglichkeiten zu verinnerlichen, zu erweitern und mit dem theoretischen Hintergrundwissen zu festigen.

Bedanken möchte ich mich bei:

- Unserer Stationsleitung, weil sie mir diese Vielzahl von Fortbildungsstunden ermöglicht hat.
- Der Schichtleitung, die mir mit ihrer Einteilung die Möglichkeit gab, eine Woche lang so intensiv mit diesem Patienten arbeiten zu können.
- Einem Krankenpflegeschüler, für sein vieles Nachfragen.
- Den Kurskolleginnen, für den regen Austausch in Praxis und Theorie.
- Unserem Kursleiter, Marcus Mitwollen, für den motivierenden Unterricht.

Quellennachweis:

Arbeitsheft: VIV-ARTE – Kinästhetik / Bewegungslehre – Modul 1-4

