

Frühmobilisation mit Hilfe einer neu entwickelten Sitzhilfe

Mit geringem Aufwand gut

Die frühe Mobilisation nach einer Krankheit oder Operation beschleunigt die Genesung. Eine auf der Operativen Intensivbehandlung des Universitätsspitals Basel entwickelte Sitzhilfe unterstützt die Patienten/-innen beim Sitzen am Bettrand.

Text: Winfried Stehlin, Sabine Hübsch, Frank Mettler, Conrad Wesch, Ursi Barandun Schäfer / **Fotos:** Fabian Fiechter



Der Patient liegt auf dem Rücken, auf einer Seite des Bettes.



Der Patient liegt in Seitenlage und der Pflegefachmann hilft beim Aufsitzen – beide stützen sich auf der Matratze ab.



Der Patient sitzt am Bettrand, die Sitzhilfe wird ins Bett gelegt.

Autoren und Autorinnen

Winfried Stehlin, Dipl. Experte Intensivpflege NDS HF, Höhere Fachausbildung Pflege Stufe 1 (HöFa 1), Kinaesthetics-Trainer Stufe 1, Operative Intensivbehandlung (OIB), Universitätsspital Basel (USB).

Kontakt: winfried.stehlin@usb.ch

Sabine Hübsch, Dipl. Expertin Intensivpflege NDS HF, OIB USB, Kinaesthetics-Trainerin Stufe 2, USB.

Frank Mettler, Dipl. Pflegefachmann, Höhere Fachausbildung Pflege Stufe 1 (HöFa 1), Firma OBA, Basel.

Conrad Wesch, Dipl. Experte Intensivpflege NDS HF, Pflegeexperte, Bachelor in Nursing Science, OIB USB.

Ursi Barandun Schäfer, Dipl. Expertin Intensivpflege NDS HF, Pflegeexpertin, Master in Nursing Science, OIB USB.

Je früher Patienten/-innen nach einer Krankheit oder einer Operation mobil werden, desto besser. Die positive Wirkung der möglichst frühen Mobilisation ist auch für Patienten/-innen von Intensivstationen in vielen Publikationen belegt (Needham, 2008; Nydahl, Flohr & Rothaug, 2010; Schweikert & Kress, 2011). Hervorzuheben ist der Beitrag der frühen Mobilisation zur Prophylaxe von Pneumonie, Dekubitus, Delir, Obstipation und Kontrakturen sowie zu physiologischem Tag-Nacht-Rhythmus, höherer Selbstwirksamkeit, besserer Stimmung und damit zur Genesung.

Einige Faktoren behindern die (frühe) Mobilisation. Dazu zählen Angst vor Schmerzen und Sturz sowie Bedenken vor Komplikationen – gerade auf Intensivstationen. Aktuelle Studien belegen jedoch, dass Zwischenfälle wie Kreislaufeinbruch und unbeabsichtigte Extubation viel seltener sind als befürchtet (Memmo & Richter, 2014). Durch ein systema-

tisches Schmerzmanagement mit präventiver Analgesie und das Abwarten des Wirkungseintritts können Schmerzen und die Angst davor wirkungsvoll behandelt werden.

Ein weiterer behindernder Faktor ist die fehlende Zeit. Befragungen im Rahmen der DRG-Begleitforschung bestätigen, dass Pflegenden* bei hohem Arbeitsanfall als eine der ersten Massnahmen auf die Mobilisation verzichten (Rettke et al., 2015). Da Mobilisation oft gleichgesetzt wird mit grossem Aufwand für Patienten/-innen und Pflegenden, ist dies zwar nachvollziehbar. Angesichts der positiven Wirkung ist es jedoch sehr bedauerlich, wenn das Mobilisationspotenzial nicht optimal ausgeschöpft wird. Durch Kinaesthetics

* «Pflegenden» steht hier als Sammelbegriff, in Bezug auf Bettenstationen für Fachmänner und -frauen Gesundheit mit Dipl. Pflegefachpersonen, in Bezug auf die OIB für Dipl. Pflegefachpersonen mit und ohne Nachdiplomstudium (NDS HF) Intensivpflege.

sitzen

«Durch die Bewegungsfreiheit des Kopfes können die Patientinnen und Patienten besser um sich schauen, sprechen und trinken.»



Sitzhilfe wird

Der Patient sitzt und lehnt an die Sitzhilfe an, die Füße sind gut abgestützt.

steht ein kraft-, arbeits- und zeitsparender Ansatz für die Mobilisation zur Verfügung, den die meisten Pflegenden seit ihrer Ausbildung kennen.

Bewegungskompetenz durch Kinaesthetics

Zur Förderung der Bewegungskompetenz setzen die beiden Intensivstationen am Universitätsspital Basel (USB) seit Jahren erfolgreich auf Kinaesthetics (EKA, 2008; Asmussen, 2009): ein Grossteil der Pflgeteams verfügt über einen Kinaesthetics-Grundkurs und einige Mitarbeiterinnen über einen Aufbaukurs. An zwei Praxistagen pro Monat unterstützen zwei Kinaesthetics Tutorinnen und je ein Kinaesthetics-Trainer Stufe 1 (W.St.) und Stufe 2 (S.H.) – im Folgenden «Kinaesthetics-Team» genannt – seit Jahren Patienten/-innen und Pflegenden bei der Frühmobilisation. Neue Kollegen/-innen werden in die Theorie und die Praxis der Kinaesthetics-Konzepte eingeführt.

Eine Arbeitsgruppe aus Physiotherapeutinnen und Pflegeexperten/-innen beider Intensivstationen entwickelte zudem eine literaturbasierte Richtlinie zur Frühmobilisation. Dabei brachte das Kinaesthetics-Team wertvolle Hinweise und Ergänzungen ein. Die Richtlinie beinhaltet ein generelles Stufenschema sowie spezifische Aspekte bei Patienten/-innen nach Herz- und Thoraxoperationen sowie Patienten/-innen mit Chronically Critical Illness («Langzeit-Intensivpatienten/-innen»). Neben den prophylaktischen und therapeutischen Zielen werden auch die Sicherheit und der Komfort der Patienten/-innen thematisiert. Das Schema umfasst folgende Mobilitätsstufen: Stufe 1: passive und aktiv-assistive Bewegung im Bett, Stufe 2a: Aufsitzen im Bett («Pilotensitz») und «Schrägsitz»), Stufe 2b: aktive Bewegung im Bett, Stufe 3: Mobilisation an den Bettrand, Stufe 4: Mobilisation in den Lehnstuhl oder Nachtstuhl, Stufe 5: Gehen im Zimmer/Korridor. Der Leitsatz

Erste Erfahrungen

Vorteile für Patienten und Pflegepersonal

- Patienten/-innen sitzen sicher und entspannt, es ist weniger anstrengend für sie, und die Pflegenden müssen sie nicht stützen.
- Patienten/-innen haben eine stabile Körperhaltung mit frei beweglichem Kopf: das erleichtert das Atmen und Schlucken (z.B. bei Schlucktraining).
- Pflegenden können sich den Patienten/-innen von vorne widmen: Die Kommunikation verläuft «auf Augenhöhe».
- Pflegenden können die Patienten/-innen besser beobachten als beim Stützen von hinten oder seitlich.
- Pflegemassnahmen wie Mundpflege, Kämmen und Haare-Waschen sind einfacher durchzuführen und angenehmer, weil als gewohnter empfunden.
- Aufrechtes Sitzen ist früher möglich, auch bei schwacher Rumpfstabilität: das erlaubt intensiveres Training der Muskeln (z.B. Beinmuskulatur) und fördert die Bewegungskompetenz (z.B. kleine Positionsänderungen).
- Die Mobilisation an den Bettrand kann häufiger durchgeführt werden als der aufwändige Transfer in den Lehnstuhl. Die Verweildauer des Sitzens am Bettrand ist deutlich höher, wenn Pflegenden die Patienten/-innen nicht stützen müssen.
- In der Regel benötigt die Pflegenden nur während des Aufsitzens und des Zurückliegens Unterstützung durch eine zweite Pflegenden.

lautet: Es wird nach interprofessioneller Rücksprache die höchstmögliche Mobilisationsstufe angestrebt, die die Patienten/-innen nicht überfordert oder gefährdet (USB, 2016).

Sitzen am Bettrand

Auf beiden Intensivstationen ist Frühmobilisation eine alltägliche Aufgabe der Pflegenden. Wenn keine Kontraindikation vorliegt, helfen sie den Patienten/-innen zwei bis drei Mal täglich in den Lehnstuhl. Dies gilt auch für Patienten/-innen, die noch beatmet werden und noch nicht stehen können. In der ersten Phase der Mobilisation und bei fehlender Rumpfstabilität ist

Sitzhilfe

Verwendete Materialien

- Verarbeitung 100% in der Schweiz
- Inhalt: Kalt-Schaumstoff
- Hochwertiger offenporiger Kalt-Schaumstoff, der Feuchtigkeit und Sauerstoff gut reguliert. Robustheit gegen Wärme, Kälte und Druck wirkt sich positiv auf Langlebigkeit aus. Hohes Raum-, resp. Rohgewicht von 54 kg/m³ sorgt für eine hohe Positionsstabilität.
- Relativ hoher Härtegrad von 5,8 Kilopascal unterstützt Körperwahrnehmung zusätzlich.
- Bezug: Obatex Bravo
- Semipermeables Schutzmaterial, das Feuchtigkeitsaustausch (Wasserdampf) zulässt. Oberflächen-Desinfektion mit allen gängigen Desinfektionsmitteln problemlos.
- Waschbar bis 95° C und tumblerbar
- Unterseite mit Antirutschbelag: Obatex Bravo Antirutsch.
- Bezug und Schaumstoff schwer entflammbar (M1/BKZ 5.2) oder alternativ dazu «No-Fire»-Schutzbezug.
- Kosten ca. Fr. 580.–

das Sitzen am Bettrand eine sinnvolle Massnahme. Patienten/-innen, die noch nicht aus eigener Kraft aufrecht sitzen können, müssen unterstützt werden. Dies geschieht meistens, indem die Pflegenden die Patienten/-innen von hinten oder von der Seite am Rücken oder sogar am Nacken stützen. Letzteres ist für die Patienten/-innen und für die Pflegenden mitunter sehr anstrengend und gemäss Kinaesthetics-Konzept ungeeignet, weil es die Bewegung der Patienten/-innen einschränkt. Die Suche nach einem geeigneten Hilfsmittel blieb erfolglos. Die auf dem Markt verfügbaren Sitzlehnen erwiesen sich als untauglich, da sie unter die Matratze geschoben werden müssen, auf welcher der Patient, die Patientin sitzt. Das ist sehr anstrengend für die Pflegenden und belastet Bettgestell und Matratze. Oft geben sie nicht ausreichend Halt und sind auch unbequem. Zudem erfüllen manche Sitzlehnen die hygienischen Anforderungen nicht.

Die neue Sitzhilfe

Bei der Einführung neuer Schaumstoffkissen entwickelte deshalb der Kinaesthetics-Trainer Stufe 1 der OIB (W.St.) die Idee, eine Sitzhilfe für das Sitzen am Bettrand zu entwickeln. Nach Rücksprache mit dem zuständigen Vertreter der Firma OBA (F.M.), einem diplomierten Pflegefachmann, verwirklichte die Firma diese Idee. Während einer mehrwöchigen Testphase sammelte das OIB-Pflegeteam Erfahrungen mit einem ersten Prototyp. Bereits dieser übertraf alle Erwartungen. Unterdessen wurden mehrere Exemplare angeschafft, eines davon für adipöse Patienten/-innen. Alle Pflegenden und Physiotherapeuten/-innen wenden sie sehr gerne an, da sie folgende Anforderungen erfüllen:

Die Sitzhilfe ist a) leicht zu handhaben: sie wird einfach auf das Bett/die Matratze gelegt und an den Rücken des Patienten/der Patientin geschoben, b) bietet guten Halt und Stabilität: Rücken- und Armlehnen stützen die Patientin/den Patienten grossflächig und durchgehend, ohne sie einzuengen, c) ist mit gut zu reinigendem und mit desinfizierbarem Material überzogen und d) erfüllt die Anforderungen des Brandschutzes.

Die neue Sitzhilfe hat deutliche Vorteile für die Patienten/-innen und die Pflegenden (s. Kasten S. 17): Sie erleichtert die Frühmobilisation für Patienten/-innen und Pflegenden. Den Patienten/-innen bietet sie Komfort und Sicherheit beim Sitzen am Bettrand. Durch die Bewegungsfreiheit des Kopfes können sie besser um sich schauen, sprechen und trinken. Die Sitzhilfe reduziert zudem den personellen Aufwand während des Sitzens. Die Pflegenden können sich den Patienten/-innen von vorne zuwenden, belasten ihren Rücken nicht und haben beide Hände frei, z.B. zum Haare-Kämmen und zur Unterstützung beim Zähneputzen. Da die Sitzhilfe die Mobilisation für alle Beteiligten deutlich vereinfacht, trägt sie auch wesentlich zur Motivation von Patienten/-innen und Pflegenden für die möglichst frühe und intensive Mobilisation bei. Langjährige Pflegefachpersonen bezeichnen sie als die beste Innovation im Pflegealltag seit Langem.

Bei aller Begeisterung für die neue Sitzhilfe ist zu betonen: das Sitzen am Bettrand soll und darf die Mobilisation in den Lehnstuhl nicht ersetzen, nur weil es weniger aufwändig ist. Denn beim Transfer vom Bettrand in den Lehnstuhl lernen

Patienten/-innen wieder, Füsse und Beine zu belasten. Diesen wichtigen Trainingsschritt in Richtung Gehen leistet das Sitzen am Bettrand nicht. Die Pflegeexperten/-innen rufen bei der täglichen Pflegevisite bei Bedarf in Erinnerung, dass die Sitzhilfe lediglich als Zwischenstufe zwischen dem Sitzen im «Pilotsitz» oder im «Schrägsitz» im Bett und der Mobilisation in den Lehnstuhl zu verstehen und anzuwenden ist. An den Praxistagen übt das Kinaestheticsteam mit den Pflegenden, wie sie diesen nächsten Schritt mit den Patienten/-innen durch die sukzessive Verlagerung des Gewichts vom Becken auf die Füsse vorbereiten können.

Fazit

Die beschriebene Sitzhilfe eignet sich für alle Patienten/-innen, welche mobilisiert werden können, die aber in Mobilität, Beweglichkeit, Belastbarkeit und Rumpfstabilität noch stark eingeschränkt sind. Dank der einfachen Handhabung leistet sie einen relevanten Beitrag zur Frühmobilisation. Damit trägt sie zu guten Ergebnissen der Behandlung für die Patienten/-innen bei und entlastet gleichzeitig die Pflegenden. ■

Deklaration: Die Entwicklung der Sitzhilfe und die Publikation ist weder für die Abteilung noch die Pflegenden der OIB mit einem finanziellen Vorteil verbunden.

Literatur:

- Asmussen, M.** (2009). Praxisbuch Kinaesthetics. München: Urban & Fischer / Elsevier (2. Auflage).
- EKA** (2008). «Was ist Kinaesthetics?». European Kinaesthetics Association (EKA) [Download 1.3.2016 von: www.kinaesthetics.ch]
- Memmo, G. & Richter, H.** (2014). Nutzen und Gefahren der Frühmobilisation bei kardiochirurgischen Patienten. *Intensiv*, 22(1), 18–23.
- Needham, D.M.** (2008). Mobilizing patients in the intensive care unit. Improving neuromuscular weakness and physical function. *JAMA*, 300(14), 1685–90.
- Nydahl, P., Flohr, H.J. & Rothaug, O.** (2010). Gehen mit beatmeten Patienten – «Möchten Sie heute aufstehen?». *PflegenIntensiv*, 1(10), 21–5.
- Rettke, H., Frei, I.A.F., Horlacher, K., Kleinknecht-Dolf, M., Spichiger, E. & Spirig, R.** (2015). Pflege im Vorfeld von Swiss-DRG. Erfahrung Pflegenden. *Pflege*, 3(28), 133–44.
- Schweickert, W.D. & Kress, J.P.** (2011). Implementing early mobilization interventions in mechanically ventilated patients in the ICU. *CHEST*, 140(6), 1612–7.
- USB** (2016). Frühmobilisation auf der Intensivstation. Lokale Richtlinie. Medizinische Intensivstation (MedInt) und Operative Intensivbehandlung (OIB). Basel: Universitätsspital Basel.