



Klinisches Assessment für die Pflegepraxis – Teil 6

Mobilität erhalten und verbessern

In Pflegeheimen tragen Pflegefachpersonen massgeblich dazu bei, die Mobilität der Bewohnerinnen und Bewohner zu erhalten und zu verbessern. Am folgenden Praxisbeispiel wird aufgezeigt, wie mittels Clinical Assessment und berufsgruppenübergreifender Zusammenarbeit ein dauerhafter Pflegeheimaufenthalt verhindert werden kann.

Text: Iris L. Schaefer, Andrea Zweifel, Ursula Klopstein, Elke Steudter / **Fotos:** Martin Glauser, Fotolia

Der 83-jährige Hans Burri lebte seit dem Tod seiner Ehefrau vor fünf Jahren allein in seiner 3-Zimmer-Altbauwohnung. Er führte den Haushalt bisher selbstständig und nahm regelmässig an Aktivitäten des örtlichen Seniorenvereins teil. Vor fünf Monaten stürzte er im Kaufhaus auf der Rolltreppe. Ausser einer Platzwunde am

Kopf blieb der Sturz zunächst folgenlos. Kurze Zeit später stürzte er beinahe im Bus, als dieser ruckartig anfuhr, er sich aber noch nicht gesetzt hatte. Andere Fahrgäste konnten ihn zum Glück auffangen. Seit diesen Vorfällen verliess Hans Burri die Wohnung nicht mehr, den Kontakt zum Seniorenverein reduzierte er auf seltene telefo-

nate. Einkäufe erledigte seine Enkelin, die ihren Grossvater alle zwei Wochen besuchte. Aufgrund einer Pneumonie verbrachte er zwei Wochen im Spital. Genesen, aber noch geschwächt, wurde Herr Burri im Spital der Übertritt ins Pflegeheim angeraten. Im Arztzeugnis steht unter anderem: «Ein Pflegeheimplatz ist dringend erforderlich,

da wegen der Immobilität und hoher Sturzgefahr eine Rückkehr in die Häuslichkeit nicht mehr gewährleistet ist.» Herr Burri tritt im Rollstuhl sitzend ins Pflegeheim ein. Er verlässt den Rollstuhl kaum. Für Transfers auf die Toilette oder ins Bett benötigt er die Unterstützung durch eine Pflegeperson. Er bleibt im Zimmer, da er sich im Rollstuhl nicht selbstständig fortbewegen kann und keine Hilfe in Anspruch nehmen möchte.

Sicht der Pflegenden

Silvia Gerber arbeitet als Pflegefachfrau BScN auf der Abteilung. Sie ist die Bezugspflegende von Herrn Burri und begegnet ihm heute zum ersten Mal. Aus den Spitalunterlagen und der Befundaufnahme des Heimarztes geht hervor, dass die Pneumonie vollständig abgeklungen und keine spezielle Atemtherapie oder medikamentöse Therapie notwendig ist. Eine Arthrose des rechten Kniegelenks ist bekannt, ansonsten ist der Gesundheitszustand von Herrn Burri für sein hohes Alter gut. Ausser einem Paracetamol- und Kalzium-Vitamin D3-Präparat nimmt er keine Medikamente. Das Team berichtet beim Rapport, dass Herr Burri viel Hilfe benötigt und auf den Rollstuhl angewiesen ist. Er kann sich nur im Zimmer selbständig bewegen, indem er die Haltegriffe nutzt. Silvia Gerber weiss, dass sich Mobilität nicht nur auf die Funktionsfähigkeit des Bewegungsapparates bezieht. Mobilität ist mehrdimensional und beinhaltet physische, psychische, soziale und geistig-emotionale Komponenten (Strupeit & Buss, 2014; Zeller-Forster, 1999). Daher berücksichtigt sie bei der folgenden klinischen Einschätzung der Mobilität alle Aspekte.

Autorinnen

Iris L. Schaefer, Dr. rer. medic., Case Managerin (DGCC), Pflegeexpertin APN, iris.schaefer@solina.ch

Andrea Zweifel, Dipl.-Pflegepädagogin (Univ.), Dozentin Berner Fachhochschule, andrea.zweifel@bfh.ch

Ursula Klopffstein, Dr. med., Dozentin Berner Fachhochschule, ursula.klopffstein@bfh.ch

Elke Steudter, Diplom Berufspädagogin Pflegewissenschaft, Kalaidos Fachhochschule Gesundheit, Zürich, elke.steudter@kalaidos-fh.ch

Symptomfokussierte Anamnese

Frau Gerber beginnt die symptomfokussierte Anamnese zum Thema Mobilität. Herr Burri sagt, dass er unglücklich ist und sein Selbstbewusstsein verloren hat. Die Stürze haben ihn völlig verunsichert und er traut sich nicht mehr nach draussen, aus Angst vor einem neuen Sturz. Er kann sich nicht erklären, warum er damals gestürzt ist. Die Isolation in der Wohnung macht ihn zusätzlich unzufrieden, denn er ist gerne in Kontakt mit Anderen. Er hat einmal versucht, wieder nach draussen zu gehen, aber er muss 30 Stufen im Treppenhaus steigen, ein Lift ist nicht vorhanden, was für ihn kaum mehr zu bewältigen ist. Im Spital hat man ihn in den Rollstuhl gesetzt. Das muss jetzt wohl so bleiben. Er merkt richtig, wie er körperlich schwächer und auch geistig immer unbeweglicher wird. Schmerzen bei der Bewegung hat er nicht.

Da derzeit kein Sturzrisiko-Assessmentinstrument empfohlen werden kann, das der pflegerischen Einschätzung überlegen ist (Köpke & Meyer, 2011), nutzt Silvia Gerber ihr Wissen zu Faktoren, die das Sturzrisiko erhöhen und erhebt diese gezielt in der Anamnese. Die Sturzbiografie, Sturzangst, die selbst auferlegte Inaktivität, der Trainings- und altersbedingte Kraftverlust durch Verringerung der Muskelmasse sowie die eingeschränkte Beweglichkeit, welche durch die Immobilität und auch durch das Alter verursacht werden, spielen als intrinsische Faktoren eine Rolle. Ein verändertes Ausscheidungsverhalten oder Inkontinenz als Hochrisikofaktoren liegen nicht vor. Herr Burri trägt lose Hausschuhe. Er berichtet, dass seine Schuhe wegen eines Hallux valgus beidseits nicht mehr passen. Nicht-funktionelle Schuhe sind ein wesentlicher extrinsischer Sturzrisikofaktor (vgl. Jansenberger, 2011).

Aufgrund des Gesprächs erhebt Frau Gerber folgenden Befund zum psychischen Zustand:

Bewusstseinsklarer, orientierter, im Verhalten adäquater 83-jähriger Mann. Die Sprache ist eher leise, aber klar verständlich. Das Denken ist formal leicht verlangsamt ohne inhaltliche Auffälligkeiten. Er zeigt eher eine pessimistische Grundstimmung. Die kognitiven Fähigkeiten sind grob geprüft normal, ein Mini Mental Status Test wurde nicht durchgeführt.



Serie zur Theorie-Praxis-Verankerung Clinical Assessment

- Teil 1: Mehr Handlungskompetenz in der Praxis
- Teil 2: Praxisbeispiel Bewohnerin mit Atemnot im Heim
- Teil 3: Praxisbeispiel Angehörige mit depressiven Symptomen in der Spitex
- Teil 4: Praxisbeispiel Patientin mit Tumorerkrankung in der Spitex
- Teil 5: Praxisbeispiel Patient mit Bauchschmerzen im Spital
- Teil 6: Praxisbeispiel Bewohner mit eingeschränkter Mobilität im Heim**
- Teil 7: Ende der Serie, kritische Reflexion und Ausblick

Körperliche Untersuchung

Anschliessend führt Frau Gerber eine körperliche Untersuchung des unteren Bewegungsapparates durch. Sie erhebt folgende Befunde:
Bewegungsapparat:

- **Inspektion:** gering ausgeprägte Alterskyphose und abgeflachte Lendenlordose bei sonst altersentsprechender Beweglichkeit der Wirbelsäule. Schmerzlose Exostosen (Überbeine) am rechten Kniegelenk ohne Rötung oder Schwellung der Kniegelenke. Beidseits symmetrisch atrophierte Ober- und Unterschenkelmuskulatur. Ausgeprägter Hallux valgus (Schiefzehe) an beiden Füessen sowie Klavi (Hühneraugen) an mehreren Zehen. Keine Verletzungen an den Füessen ersichtlich. Keine Schwellungen der Beine.
- **Palpation:** Keine Druckdolenz oder Überwärmung der Gelenke der unteren Extremitäten.
- **Funktionelle Prüfung:** Indolente passive Beweglichkeit in allen Gelenken der unteren Extremitäten bei altersgemässen Einschränkungen der Rotation und Flexion in den Hüftgelenken, der Flexion in den Kniegelenken und verminderte Extension sowohl in beiden Hüft- und Kniegelenken um ca. 20 Grad. Beim Beinhalteversuch tritt

nach wenigen Sekunden ein Muskelzittern auf und die Beine sinken symmetrisch ab. Kraft ist symmetrisch vermindert, Quadrizeps bei M3-4 (= Muskelkraft Grad 3-4), Fussheber bei M3. Die Prüfung der aktiven Beweglichkeit im Hüft und Kniegelenk zeigt bedingt durch den Kraftverlust symmetrische Einschränkungen. Die Prüfung der Oberflächen- und Tiefensensibilität an den Beinen ergibt allseits physiologische Befunde.

- **Spezifisches Mobilitätsassessment:** Da Silvia Gerber sich zum Thema Geriatriches Assessment weitergebildet hat, kennt sie noch zwei Screeninginstrumente zur Mobilität, die die Funktionsfähigkeit des Bewegungsapparates erfassen. Zunächst führt Silvia Gerber den Motilitätstest nach Tinetti durch, hierbei werden Balance und Gangbild untersucht. Ausserdem führt

Verordnung für physiotherapeutische Massnahmen aus. Auch sieht er vor, den Bewohner baldmöglichst selbst ausführlich körperlich zu untersuchen. Nach Einwilligung des Patienten in das vorgeschlagene Prozedere führt die Physiotherapeutin auf der Grundlage der Ergebnisse von Silvia Gerber mit Herrn Burri die umfangreiche «Berg Balance Scale» durch (ein Assessment zum Gleichgewicht), womit die bisherigen Ergebnisse noch differenzierter bestätigt werden (Scherfer, Bohls, Freiberger, Heise, & Hogan, 2006).

Gemeinsam mit Herrn Burri erarbeiten die Pflegefachfrau und die Physiotherapeutin realistische Ziele und die sich daraus ergebenden Massnahmen. Herr Burris primäre Ziele sind die Unabhängigkeit vom Rollstuhl und die Wiedererlangung seiner Mobilität in allen Dimensionen. Dies erfordert zunächst

res und schmerzfreies Gehen möglich. Herr Burri, der zunehmend motiviert ist und jetzt eine deutlich verbesserte Stimmung zeigt, macht gute Fortschritte. Nach drei Monaten intensiven Trainings braucht er den Rollstuhl nicht mehr. Er bewegt sich sicher innerhalb und ausserhalb des Heims und wird von den Angehörigen und den Freunden der Seniorengruppe regelmässig besucht. Er geniesst die Kontakte im Heim, äussert aber auch vermehrt den Wunsch, wieder in seine eigene Wohnung zu ziehen.

Silvia Gerber schaltet nun die Pflegeexpertin APN ein. Diese bespricht den Wunsch und dessen Realisierung mit Herrn Burri und seinen Angehörigen. Im Gespräch sieht Herr Burri ein, dass die alte Wohnung wegen den vielen Treppen langfristig nicht geeignet ist. Die Angehörigen sind jedoch bereit, eine seniorengerechte Wohnung zu suchen, womit Herr Burri einverstanden ist. Die Pflegeexpertin knüpft ein Netzwerk, bestehend aus Hausarzt, Physiotherapeut, Podologin, Orthopädiefachgesellschaft, Seniorensportgruppe und Hauswirtschaftsdienst, damit die eingeleiteten Massnahmen weitergeführt werden. Nach fünf Monaten tritt Herr Burri mit wiedergewonnenem Selbstbewusstsein und Lebensfreude aus dem Heim aus.

«Herr Burri bleibt im Zimmer, da er sich im Rollstuhl nicht selbstständig fortbewegen kann und keine Hilfe in Anspruch nehmen möchte.»

sie den «Timed Up and Go» Test durch. Hierbei wird die Ganggeschwindigkeit, die wesentlich ist, um sich selbstständig ausserhalb der Wohnung aufzuhalten, gemessen (Jansenberger, 2011; Nikolaus & Specht-Leible, 1992). Diese schnell durchzuführenden Tests zeigen, dass Herr Burri insbesondere in der Balance und der Beinkraft Probleme hat.

Pflegediagnose und -planung

Auf der Grundlage der erhobenen Befunde formuliert Silvia Gerber die folgenden Pflegediagnosen:

«Beeinträchtigte körperliche Mobilität» (Doenges, Moorhouse, Murr, & Müller Staub, 2013), angezeigt durch einen Kraftverlust in den unteren Extremitäten sowie leichte Beugekontrakturen in den Knie- und Hüftgelenken.

«Situationsbedingt geringes Selbstwertgefühl» (Doenges, et al., 2013) angezeigt durch Äusserungen über situationsbedingte Verunsicherung und Verlust des Selbstbewusstseins.

In Rücksprache mit dem behandelnden Arzt stellt dieser unter anderem eine

eine Kräftigung der Muskulatur, eine Verbesserung von Beweglichkeit und Gleichgewicht und Dehnungsübungen im Knie und Hüftgelenk. Die Physiotherapeutin erstellt mit Herrn Burri ein Krafttrainingsprogramm. Ausserdem wird er am im Heim von der Physiotherapie angebotenen Sturzpräventionskurs teilnehmen. Neben alltagsnahen Koordinations- und Gleichgewichtsübungen werden in diesem Kurs auch gezielte Informationen vermittelt.

Das Pflegeteam unterstützt Herrn Burri durch tägliches Gehtraining und gezieltes Üben von Transfers. Hierbei werden kinästhetische Prinzipien integriert, die Herrn Burri seine Körperbewegungsmöglichkeiten spüren lassen und zu mehr Eigenaktivität anregen. Hüftprotektoren lehnt Herr Burri kategorisch aus Figurgründen ab. Nur während dem Sturzpräventionskurs trägt er diese unter der weiten Sporthose.

Die im Heim angestellte Podologin wird zur Fuss- und Nagelpflege sowie zur Versorgung der Klavi eingeschaltet. Mit der Anfertigung orthopädischer Massschuhe ist Herr Burri wieder ein siche-

Ebene der Reflexion

In dem Beispiel wird ein umfassendes Clinical Assessment zur Mobilität beschrieben. Die Schilderungen von Herrn Burri beim Eintrittsgespräch zeigen, dass die körperliche Einschränkung der Mobilität sein Selbstkonzept erschüttert und ihn in ein Stimmungstief gestürzt hat. Zudem fehlen ihm Informationen und Strategien, um die Situation zielgerichtet anzugehen. Durch die gezielte Befunderhebung und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit können geeignete Massnahmen initiiert werden. Deutlich wird, dass die eingeschränkte körperliche Mobilität bedeutende Auswirkungen auf die emotionale und soziale Mobilität hat. Mobilitätseinschränkungen im Alter führen schnell zu bleibender Pflegebedürftigkeit.

Gezieltes Clinical Assessment ermöglicht, die Ursachen folgerichtig anzugehen. Diese dürfen jedoch nicht isoliert betrachtet werden, sondern müssen

«Für hochbetagte Menschen muss eine Beeinträchtigung der Mobilität nicht automatisch zu einem dauerhaften Heimaufenthalt führen.»

darauf hin untersucht werden, wie sie sich auf das Wohlbefinden und die Partizipation des betroffenen Menschen auswirken. Ein genaues Wissen um das zu betrachtende Phänomen und die Kontextfaktoren sowie eine aufmerksame, offene Haltung, die geprägt ist von Interesse am und Empathie mit dem Menschen sind wichtige Voraussetzungen. Die mit dem Clinical Assessment erhobenen Befunde sind sorgfältig zu interpretieren und in den Gesamtzusammenhang zu setzen. Dies vervollständigt das Bild und begründete Massnahmen können formuliert werden.

Folgerungen für die Praxis

Für hochbetagte Menschen muss eine Beeinträchtigung der Mobilität nicht automatisch zu einem dauerhaften Heimaufenthalt führen. Gesundheitsförderung und Rehabilitation sind Aufgaben professioneller Pflege. Pflegefachpersonen BScN lernen während ihrem Studium mit dem Clinical Assessment die systematische Erfassung von zugrundeliegenden Problemen. Sie wenden dabei critical thinking an und begreifen die Situation des betroffenen Menschen unter Berücksichtigung seiner gesamten Lebenswelt. Sie wissen um die Wichtigkeit der Sichtweisen und Einschätzungen verschiedener Berufsgruppen auf die Patientensituation und suchen aktiv die interprofessionelle Zusammenarbeit. So können mit den Betroffenen stimmige Ziele formuliert und eine hohe Motivation gesichert werden. Das sind wesentliche Voraussetzungen, um drohende Pflegebedürftigkeit abzuwenden und Selbstständigkeit wieder zu verbessern. ■



Dehnungsübungen und Krafttraining verbessern die Beweglichkeit und das Gleichgewicht.

Literatur

Doenges M. E., Moorhouse M. F. & Murr A.C. (2013). Pflegediagnosen und Pflegemassnahmen (4., vollst. überarb. und erw. Aufl. ed.). Bern: Huber.

Jansenberger H. (2011). Sturzprävention in Therapie und Training. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Köpke S. & Meyer G. (2011). Sturzrisikoassessment. In B. Reuschenbach & C. Mahler (Eds.), Pflegebezogene Assessmentinstrumente: internationales Handbuch für Pflegeforschung und -praxis (pp. 169–207). Bern: Verlag Hans Huber.

Nikolaus T. & Specht-Leible N. (1992). Das geriatrische Assessment: umfassende medizinische und soziale Beurteilung des älteren Menschen unter besonderer Berücksichtigung seiner funktionellen Fähigkeiten. München: MMV Medizin Verlag (etc.).

Scherfer E., Bohls C., Freiburger E., Heise K. F. & Hogan D. (2006). Berg-Balance-Scale-deutsche Version; Übersetzung eines Instruments zur Beurteilung von Gleichgewicht und Sturzgefährdung. Physioscience(2), 59–66.

Strupeit S. & Buss A. (2014). Ein multidimensionales Konstrukt. Pflegezeitschrift, 67(1), 38–40.

Zeller-Forster F. (1999). Immobilität. In S. Käppeli (Ed.), Pflegekonzepte: Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld. Band 2 (pp. 57–74). Bern Verlag Hans Huber.