

# Zwischenbericht

---

Projekt „Mobilisation des Herzchirurgischen Patienten unter präventiven und rehabilitativen Gesichtspunkten“

Oktober 2005

von Heidi Schreiner

Abteilung Herzchirurgie Universitätsklinikum Ulm  
Facharbeit zum Bewegungslehrer Level 2

## Inhalt

<b>1. Einleitung</b>	<b>4</b>
Zielformulierungen	4
1.2.1 Teilziele nach Modul 1	4
1.2.2 Teilziele nach Modul 2	4
<b>2. Schulungsstand</b>	<b>5</b>
2.1 Schulungsstand zum 31. Oktober 2005	5
2.2 Restbedarf	5
2.3 Erläuterungen	5
2.4 Zusammenfassung	5
<b>3. Teilnehmende Beobachtung</b>	<b>6</b>
3.1 Fokus der Beobachtungen	6
3.1.1 Vorbereitung, Gestaltung der Ausgangs- und Zwischenposition	6
3.1.2 Verbale Kommunikation mit dem Patienten	7
3.1.3 Gewichtsverlagerung 4 Richtungen / in angepassten Bewegungsmuster	7-8
3.1.4 Gestaltung der Endposition	8
3.1.5 Steuerungsfähigkeiten / Dosierung der Anstrengung	9
3.1.6 Zusammenfassung	9
<b>4. Workshops</b>	<b>10</b>
4.1 Zusammenfassungen	10
<b>5. Evaluation der Mitarbeiterbefragung</b>	<b>11</b>
5.1 Einleitung	11
5.2 Fragebogen	11
5.3 Bedeutungen der Seminarinhalte (Modul 1) für die Praxis	11
5.4 Zusammenfassungen zur Fragetechnik	11
5.5 Berufsausbildung und Erfahrung	12-14
5.6 Berufliche Fortbildung	14
5.7 Körperliche und psychische Belastung der Pflegenden	15-16
5.8 Die Bedeutung der Mobilisation im beruflichen Alltag	16-17
5.9 Fachwissen der Pflege für Mobilisationshandlungen	18-19
5.10 Wie viele Tage Kinästhetik Unterricht haben Sie besucht?	19
5.11 Kenntnisse der Mobilisation nach kinästhetischen Kriterien	19-20
5.12 Bei welchem Transfer wenden Sie die erworbenen Kenntnisse am meisten an?	21-22
5.13 Die drei Phasen der Mobilisation	23
5.14 Kommunikationen	24
5.15 Schulungsaufwand	25
5.16 Zielsetzungen der einzelnen Schulungen	26
5.17 Schwierigkeiten in der Anwendung der kinästhetischen Mobilisation	27
5.18 Wirkungen der kinästhetischen Mobilisation	28
5.19 Allgemeine Aussagen	29
<b>6. Gesamtzusammenfassung</b>	<b>30</b>
<b>7. Ausblick</b>	<b>31</b>

## **1. Einleitung**

---

Im Januar 2005 startete das Projekt: “Mobilisation des Herzchirurgischen Patienten unter präventiven und rehabilitativen Gesichtspunkten“, basierend aus den Erkenntnissen der Mobilisations- Vergleichsstudie 2000.<sup>1</sup>

### **Zielformulierungen**

- Reduzierung der Verweildauer
- Senkung der Dekubitusrate
- Senkung der Leasingkosten

#### **1.2.1. Teilziele nach Modul 1 (Januar – Juni 2005)**

- Bewusstsein für Bewegung schaffen
- Fördernde Bewegungen in den Mobilisationshandlungen
- Mehr Positionswechsel im Bett durchführen
- Grundlegendes, anatomisches Wissen für Bewegung vermitteln

#### **1.2.2 Teilziele nach Modul 2 (Juli – Dezember 2005)**

- Einführung des Standards „Von unten nach oben im Bett“
- Integration/Einüben der 4 Richtungen in Mobilisationshandlungen
- Implementieren des cool down als Handlungsstrategie in der frühen post operativen Phase

---

<sup>1</sup> vgl. Eisenschink et. al.

## **2. Schulungsstand**

---

### **2.1 Schulungsstand zum 31. Oktober 2005**

Von insgesamt 49 Mitarbeitern sind 37 Mitarbeiter (75,5%) in Modul 1 und 27 Mitarbeiter (55%) in Modul 2 geschult.

### **2.2 Restbedarf**

Für Modul 1 besteht noch ein Bedarf von 12 Mitarbeitern (24,5%) und 22 Mitarbeiter (45%) für Modul 2.

### **2.3 Erläuterungen**

Der weiter bestehende Bedarf ergibt sich aus den Neueinstellungen, durch krankheitsbedingte Ausfälle und durch Personalrotationen z.B. Fachkurs. Zwei Schulungstermine (Modul 2) konnten wegen personellen Engpässen nicht stattfinden.

Die Mitarbeiter die noch Modul 1 benötigen werden ab 2006 in die hausinternen Schulungen (IBFW) eingespeist.

Im Februar 2006 wird nochmals eine teambezogene Schulung Modul 2 durchgeführt. Der verbleibende Restbedarf wird ab diesem Zeitpunkt ebenfalls hausintern durchgeschult.

### **2.4 Zusammenfassung**

Teambezogene Schulung bedeutet kleine Gruppen, effektives arbeiten. Bei personellen Engpässen, wenn ein bis zwei Personen abgezogen werden, ist die gesamte Schulung gefährdet, b. z. w nicht durchführbar.

### 3. Teilnehmende Beobachtungen

---

Im September 2005 wurden 10 teilnehmende Beobachtungen in der Praxis durchgeführt, jeweils fünf Beobachtungen bei passiven und teilaktiven Patienten.

Verwendet wurde eine sechsstufige Likert Skala. (1) „alles erfüllt“, (2) „fast alles erfüllt“, (3) „wichtiges erfüllt“, (4) „einiges erfüllt“, (5) „wenig erfüllt“, (6) „gar nichts erfüllt“.

Keine Wertung wurde gegeben, wenn der Bewegungsschritt nicht erforderlich oder für den beatmeten Patienten nicht zutreffend war.

#### 3.1 Fokus der Beobachtungen

##### 3.1.1 Vorbereitung, Gestaltung der Ausgangs- und Zwischenpositionen

Bei passiven Patienten scheint klar zu sein, dass eine zentrierte Position und Umgebungsvorbereitung zum Gelingen einer reibungslosen Mobilisation beiträgt. Diese Tatsache verliert sich bei teilaktiven Patienten.

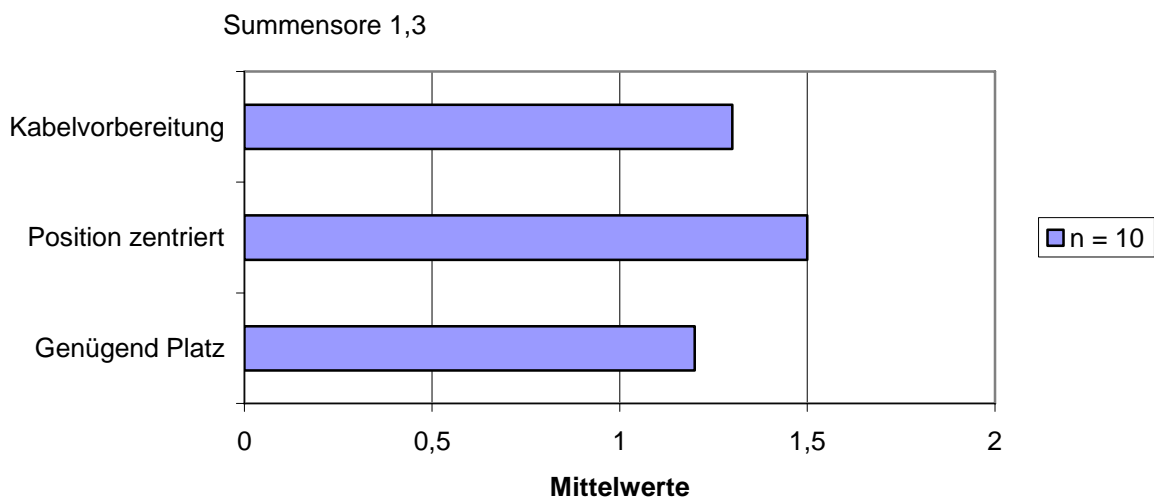


Abbildung 1

---

### 3. Teilnehmende Beobachtungen

---

#### 3.1.2 Verbale Kommunikation mit dem Patienten

Nach dem zweiten Bewegungsschritt fällt eine Unsicherheit im Bewegungshandling auf.

Häufig wird die Frage „wohin denn jetzt“ gestellt.

Die Anleitung zur Eigenbewegung beim teilaktiven Patienten macht vielen Schwierigkeiten.

„An welcher Stelle sage ich was“, war mehrmals die Frage.

Bei analgosedierten Patienten erfolgte keine Bewertung unter den Punkten: Anleitung zur Eigenbewegung, günstige Wortwahl und angepasste Menge an Informationen.

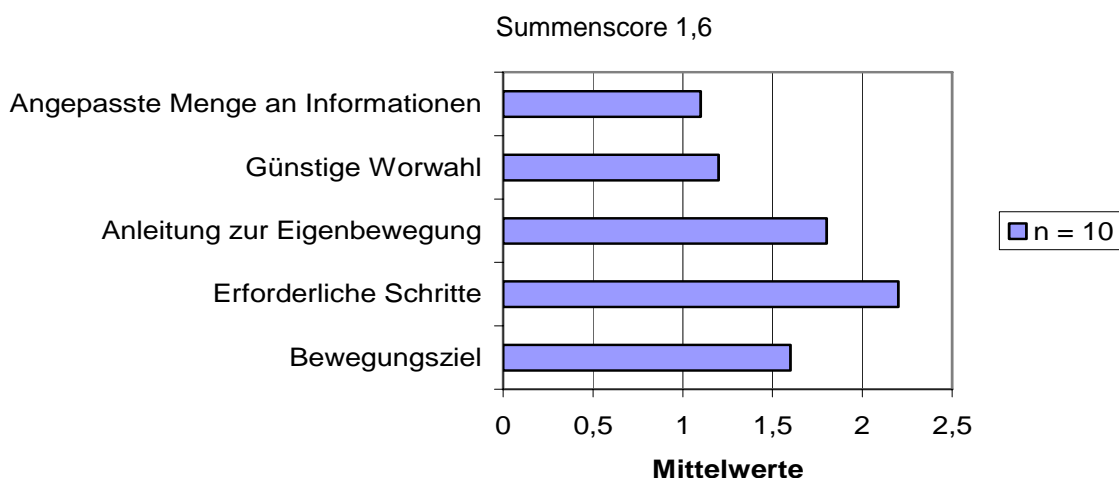


Abbildung 2

---

#### 3.1.3 Gewichtsverlagerung 4 Richtungen / in angepassten Bewegungsmuster

Im Median kann gesagt werden, dass 70% der Mitarbeiter ein „warm up“ vor Mobilisationshandlungen anwenden. 40% führen dies sehr genau und zielgerichtet durch. Der Transfer „**kopfwärts im Bett**“, zu zweit, gelingt gut und ist effektiv. Die Abstimmung zwischen den Pflegepersonen kann noch verbessert werden, vor allem das zeitliche timing. Auffällig ist, dass nicht mehr so viele Patienten am Fußende anstoßen.

**Seitwärts im Bett**, als Vorbereitung zum Hinsetzen an die Bettkante wird schlicht weg vergessen (50%). Beim **Drehen in die Seitenlage** fällt das Handling mit den Beinen schwer und der Impuls nach oben wird nicht ausgeführt. Es findet nur ein Drehen statt.

Viel gehoben wird beim **Hinsetzen aus der Seitenlage** an die Bettkante.

Nur wenig Korrektur bedarf es bei den Transfers „vorrutschen an die Bettkante“, und „Transfer in den Stuhl“.

Das „**cool down**“ wird nicht so sehr zur Entspannung eingesetzt, sondern unter dem Lagerungsaspekt. Die Praktiker gehen von einem logischen Umkehrschluss aus, wenn gut gelagert wird, kann auch die Muskulatur entspannen. Kein Bewusstsein für ein „cool down“ ist vorhanden, wenn eine teilaktive Mobilisation in den Stuhl stattgefunden hat.

### 3. Teilnehmende Beobachtungen

---

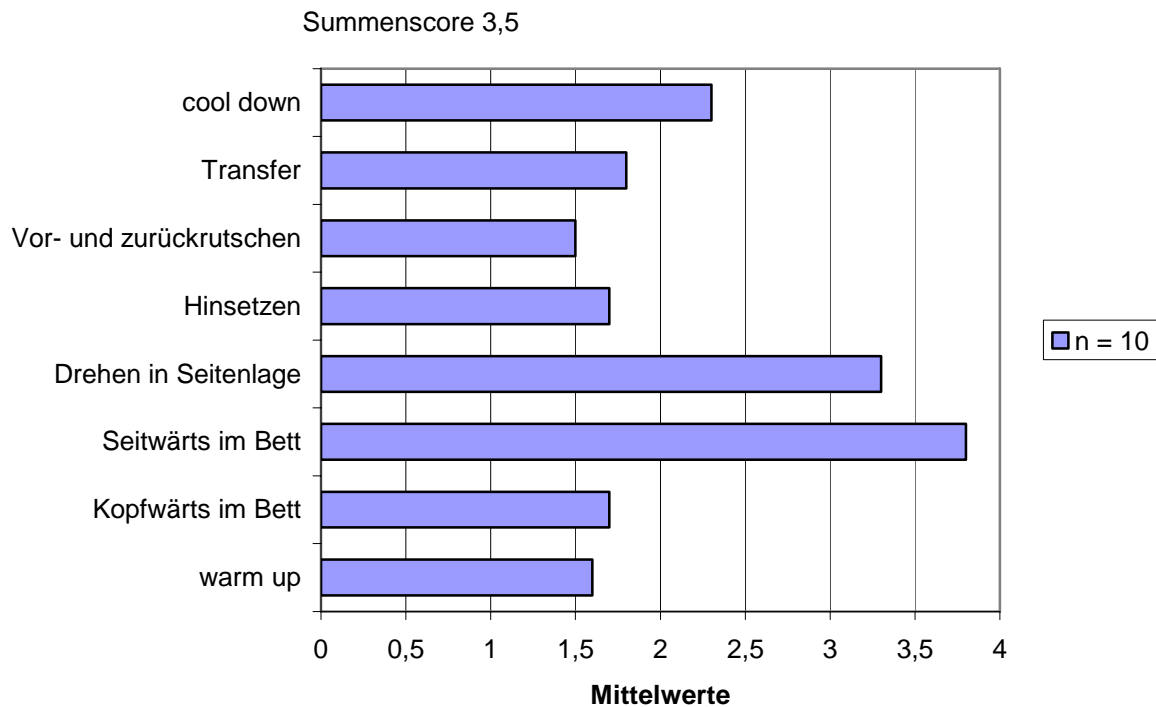


Abbildung 3

---

#### 3.1.4 Gestaltung der Endposition

Unter diesen Beobachtungspunkt ist zu vermerken, dass ein Bewusstseinswandel stattfindet. Es wird deutlich mehr gelagert und das Wissen aus den Schulungen umgesetzt. Den Kollegen ist klar welche Auswirkungen eine zentrierte Position, abgestützte Körperteile und das Unterlagern von Hohlräumen haben.

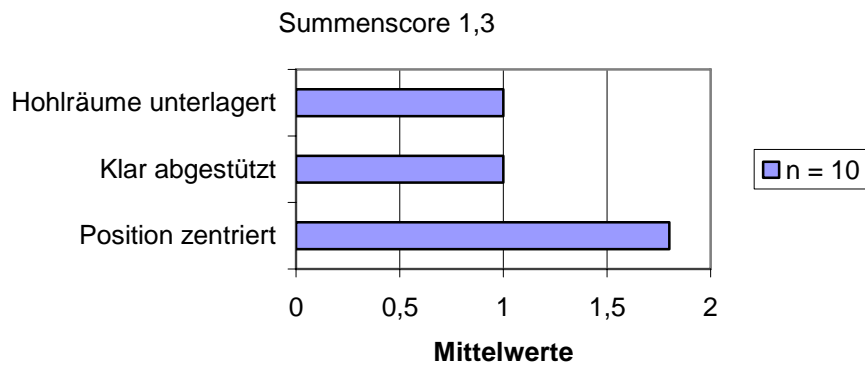


Abbildung 4

---

### 3. Teilnehmende Beobachtungen

---

#### 3.1.5 Steuerungsfähigkeiten / Dosierung der Anstrengung

Visuelle Überprüfung, taktile Steuerung und Körpereinsatz bedürfen der weiteren Aufmerksamkeit des Lehrers/Mentor.

Betrachtet man den Körpereinsatz genauer so fällt auf, dass fast alle breit und statisch stehen mit geraden Rücken. Bei schwangeren Kolleginnen konnte ein optimaler Körpereinsatz beobachtet werden.

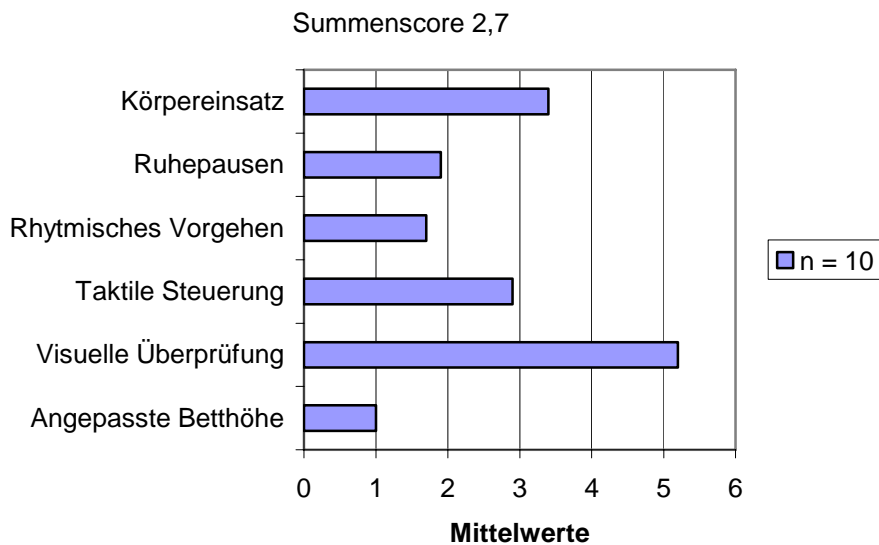


Abbildung 5

---

#### 4.1.6 Zusammenfassung

Das gute Ergebnis der Auswertung zeigt, dass auch während der Abwesenheit des Lehrers/Mentor so viel wie möglich in die Praxis umgesetzt wird (Gesamtsummenscore 2,1). Insgesamt wurden im Zeitraum Januar 05 bis Oktober 05, 46 Praxisbegleitungen an 21 Mitarbeitern (42%) durchgeführt.

## 4. Workshops

---

### 4.1 Zusammenfassungen

In einen Zeitraum von drei Monaten wurden zwei Workshops durchgeführt. Die workshop-Angebote sind einmal pro Woche fest geplant. Die Nachfrage ist zäh. Es bedurfte mehrere Anläufe, die zwei Workshops durchzuführen.

Begründungen:

- Verschiebung der zweiten Verlegungszeit in die Überlappungszeit wegen Veränderung des OP- Verfahrens
- Die Überlappungszeit ist mehrfach mit anderen Aufgaben belegt
- Reduzierte Aufnahmebereitschaft bei Überbelastung durch personelle Engpässe
- Zuviel Angebot?
- Die Praxisbegleitungen decken den Bedarf

Bis Ende Februar 2006 bleibt das Angebot bestehen, danach wird es bei mangelnder Resonanz eingestellt.

Trotz dieser ungünstigen Rahmenbedingungen wertete ich den Verlauf beider Workshops als positiv. Ich hatte den Eindruck dass es den Kollegen Spaß machte, vor allem die Demonstration am Bett. Sie stellten interessierte Fragen, waren bei der Sache und gingen mit einer gesteigerten Motivation aus dem Workshop. Einige Kollegen kamen aus Neugier und wollten nur zu schauen.

Ich selber habe noch Probleme mit der Rolle als Lehrerin.

---

Anhang  
Zwei ausgearbeitete workshop- Vorlagen

## 5. Evaluation der Mitarbeiterbefragung

---

### 5.1 Einleitung

Die Datenerhebung erfolgte im Rahmen der Weiterbildung zum Bewegungslehrer Level 2. Durchgeführt wurde die Erfassung im September 2005, in der Abteilung Herzchirurgie 2. West am Universitätsklinikum Ulm. Für die Datenerhebung der vorliegenden Arbeit sind 20 Umfragebögen verteilt worden (je 10 Bögen auf der A- und B- Seite). Die Rücklaufquote lag bei 95%.

### 5.2 Fragebogen

Zur Evaluation wurde ein Fragebogen nach Modul 1 und Modul 2 von den Teilnehmern ausgefüllt.<sup>2</sup>

### 5.3 Bedeutungen der Seminarinhalte (Modul 1) für die Praxis

Die Bedeutung verschiedener Elemente der Seminarinhalte für die Praxis wurde in der Evaluation über eine 6stufige Likert-Skala erhoben. Dabei konnten die Mitarbeiter zwischen „trifft gar nicht zu“ (0), „trifft nicht zu“ (1), „trifft eher nicht zu“ (2), „trifft eher zu“ (3), „trifft zu“ (2), bis „trifft völlig zu“ (1) wählen.

Die Mittelwerte dieser Einschätzungen sind für die überwiegenden Anzahl der in die Bewertung aufgenommenen Elemente größer gleich 2,5 , d. h. die verschiedenen Elemente treffen in der Praxis für den Teilnehmer eher zu.

Bei einer Markierung zwischen zwei Bewertungspunkten wurde die schlechtere Bewertung gegeben.

Keine Bewertung erfolgte, wenn zu einem Fragepunkt keine Angabe gemacht wurde.

Analog zur Likert-Skala die prozentuale Darstellung der einzelnen Elemente.

Die Datenerhebung zum beruflichen Hintergrund, zu Fortbildungen und über den Schulungsaufwand erfolgte per Multiple-Choice-Fragen und über offene Fragen.

### 5.4 Zusammenfassungen zur Fragetechnik

Manche Kollegen hatten Schwierigkeiten sich zwischen zwei Items zu entscheiden und setzten ihr Kreuz zwischen zwei Bewertungspunkten. Einige Fragen wurden nicht beantwortet obwohl sie zu beantworten gewesen wären.

Mit den Fragen 5.6. „Welche anderen Fortbildungsmaßnahmen haben Sie bisher zu den Themen Wahrnehmung und Bewegung besucht?“, und 5.10 „Wie viele Tage Kinästhetik – Unterricht haben Sie bisher besucht?“ konnten die Teilnehmer nicht umgehen.

Außerdem war oft eine Erklärung nötig, dass nicht alle Fragen für den Bereich exakt zutreffend sind, aber dass das am ehesten Wahrscheinliche anzugeben sei.

---

<sup>2</sup> Siehe Originalfragebogen

## 5. Evaluation der Mitarbeiterbefragung

---

### 5.5 Berufsausbildung und Erfahrung

#### 5.5.1 Wie lange üben Sie Ihren Beruf in der Gesundheits- und Krankenpflege aus?

30% Berufsanfänger und 70% mit mehrjähriger Berufserfahrung.

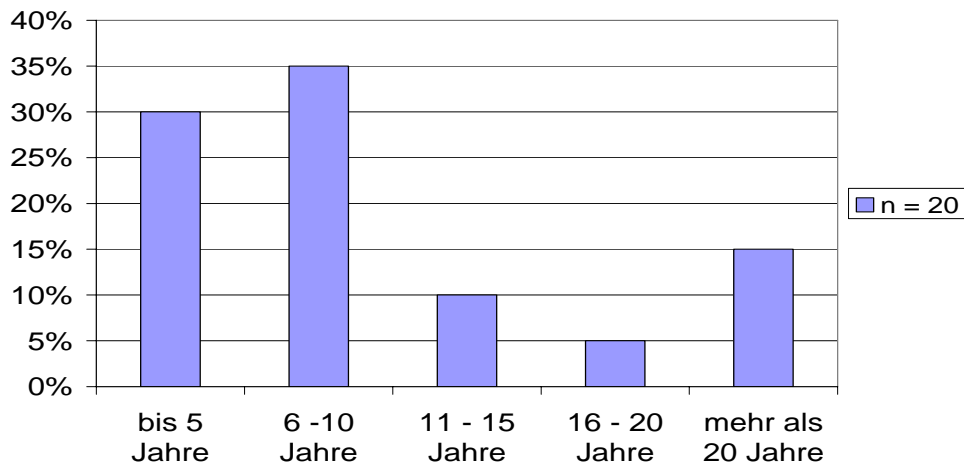


Abbildung 1

#### 5.5.2 Haben Sie eine Zusatzqualifikation?

Wenn ja, welche?

Stationsleitungslehrgang, Praxisanleiter, Fachkurs Anästhesie- und Intensivpflege wurden als Hauptzusatzqualifikationen angegeben.

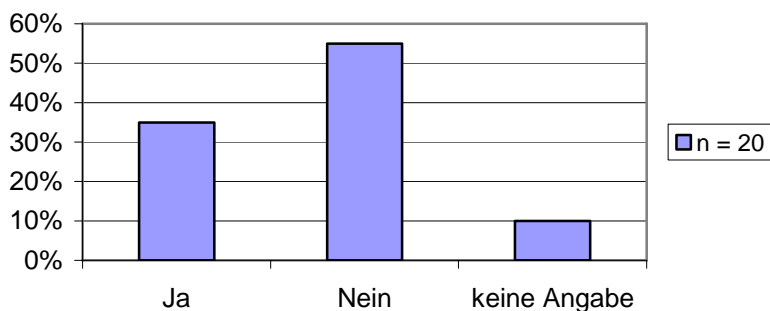


Abbildung 2

## 5. Evaluation der Mitarbeiterbefragung

---

### 5.5.3 In welchem Fachbereich arbeiten Sie?

Die Zugehörigkeit nach 2 1/2 Jahren Zusammenlegung der Stationen 2. West A und 2. West B verlagert sich langsam in Richtung der gemeinsamen Bezeichnung Herzchirurgie 2. West.

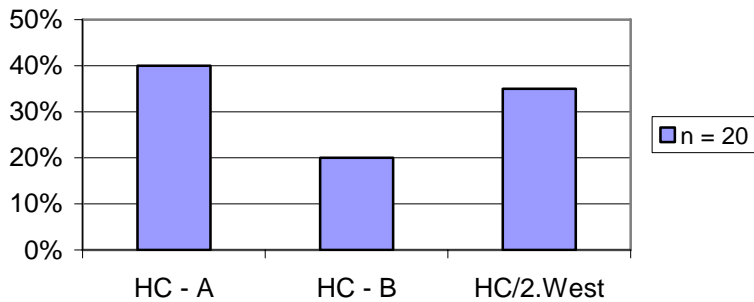


Abbildung 3

### 5.5.4 Wie lange arbeiten Sie in dem Fachbereich?

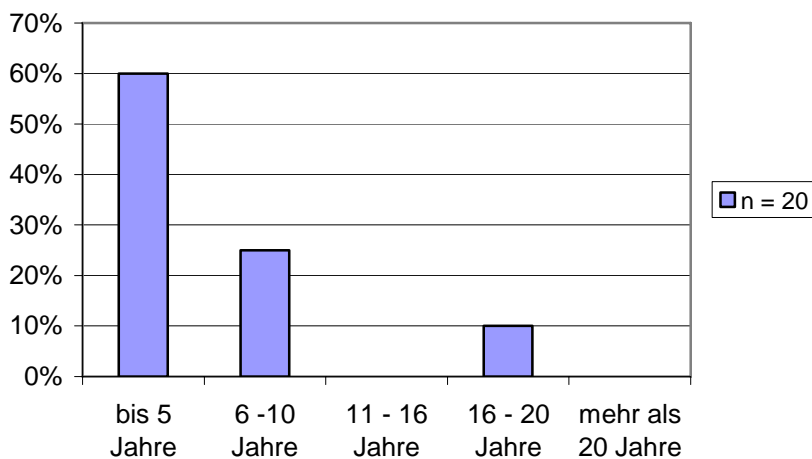


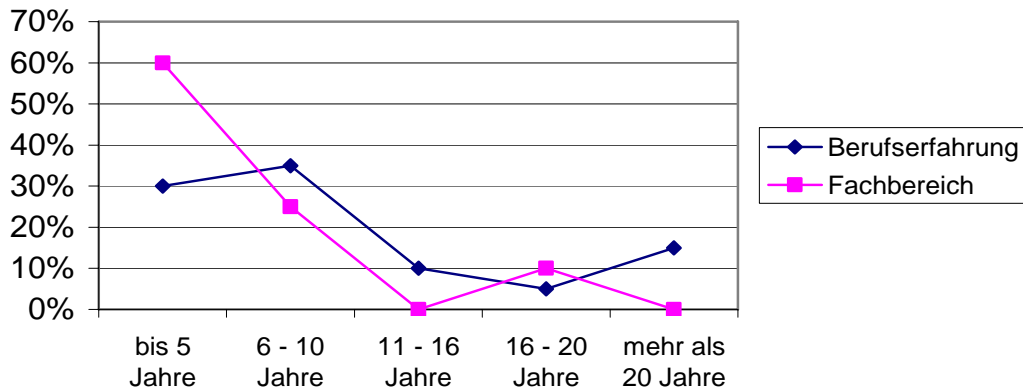
Abbildung 4

## 5. Evaluation der Mitarbeiterbefragung

---

### 5.5.5

**Berufserfahrung versus arbeiten im Fachbereich**



**Abbildung 5**

### 5.6 Berufliche Fortbildungen

Welche anderen Fortbildungsmaßnahmen haben Sie bisher zu den Themen Wahrnehmung und/oder Bewegung besucht?

Unter diesem Item wurden hauptsächlich die Fortbildungen in Kinästhetik aufgeführt, die unter dem Punkt 5.10 zu beantworten gewesen wären. Es scheint sich hier um ein Verständnisproblem zu handeln.

## 5. Evaluation der Mitarbeiterbefragung

### 5.7 Körperliche und psychische Belastung der Pflegenden

Körperliche und psychische Belastungen werden als überdurchschnittlich hoch empfunden. Dies scheint sich bei 35% in körperlichen Beschwerden auszudrücken. Bemerkenswert ist, dass 65% der Befragten ihre Probleme im Bewegungsapparat nicht auf die berufliche Tätigkeit zurückführen.

Bei den angegebenen Beschwerden wurden am häufigsten Probleme im BWS/LWS-Bereich genannt.

Der Zeitmangel wird als höher belastend von den Teilnehmern eingestuft als die Schwere des Krankheitsbildes des Patienten.

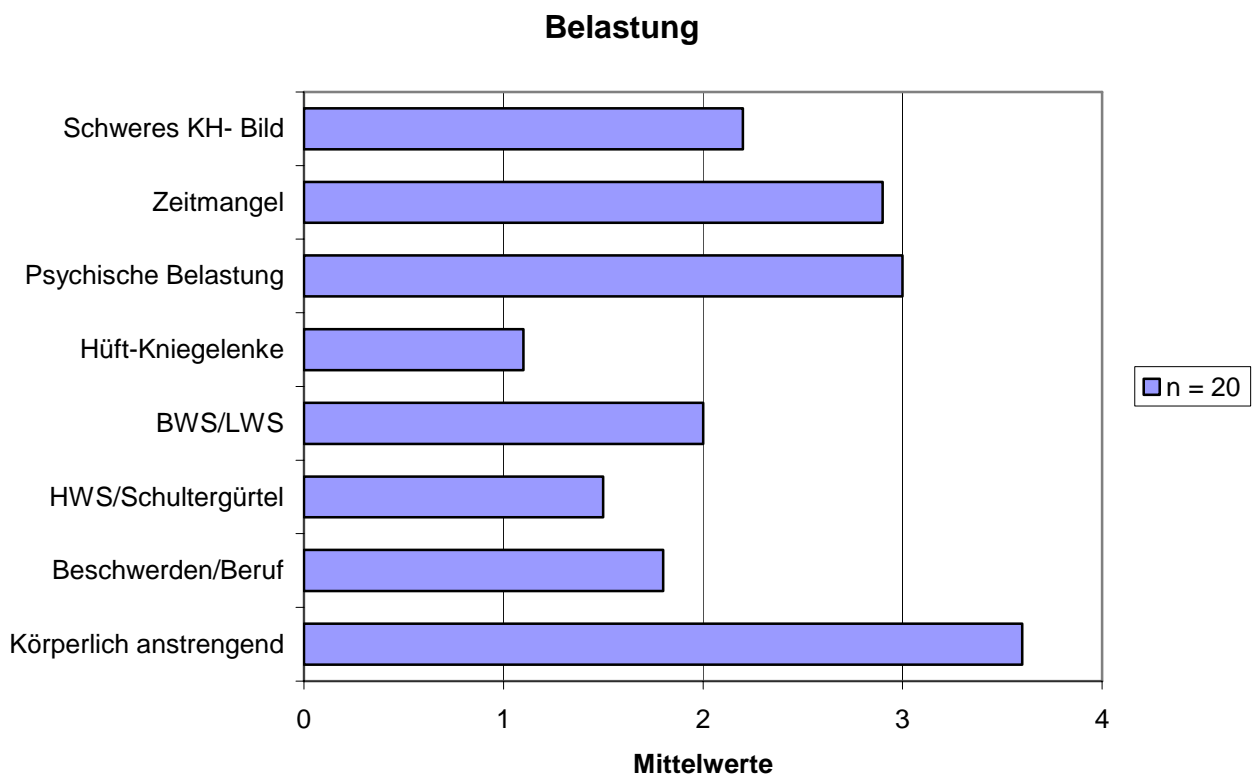


Abbildung 6

## 5. Evaluation der Mitarbeiterbefragung

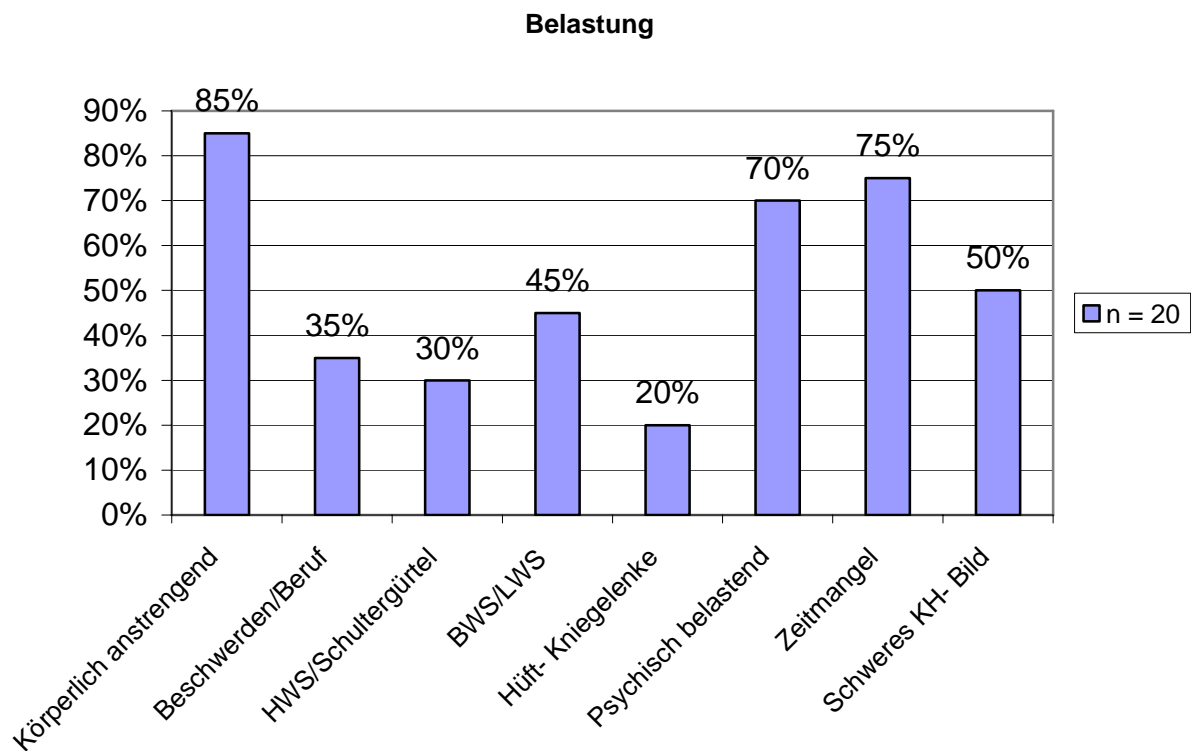


Abbildung 7

### 5.8 Die Bedeutung der Mobilisation im beruflichen Alltag

Der Mobilisation wird ein deutlich hoher Stellenwert zugeschrieben (95%). Genau so viele Mitarbeiter geben an, dass sie die Mobilisation zu prophylaktischen Maßnahmen so wie zur Förderung und Rehabilitation des Patienten anwenden.

Der zeitliche Aufwand wird als angemessen empfunden.

Die Kollegen sind durchaus der Meinung (85%), dass die Mobilisation nicht vorwiegend Aufgabe der Physiotherapie ist.

Immerhin sind 25% der Befragten der Auffassung, dass pflegerische Mobilisationshandlungen einer ärztlichen Anordnung bedürfen. Ob es sich hier um die Eckdaten des Mobilisations- Verfahrens handelt, um sich gegen Komplikationen während der Mobilisation abzusichern, müsste diskutiert werden.

## 5. Evaluation der Mitarbeiterbefragung

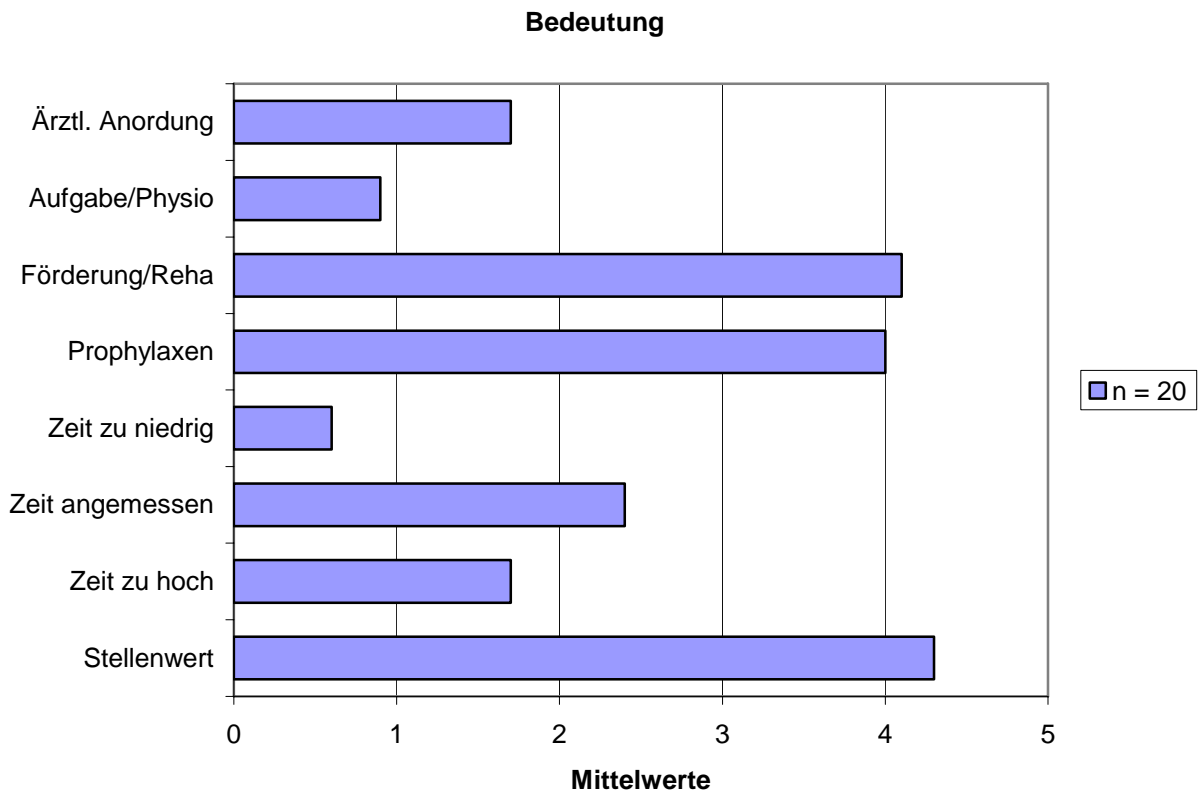


Abbildung 8

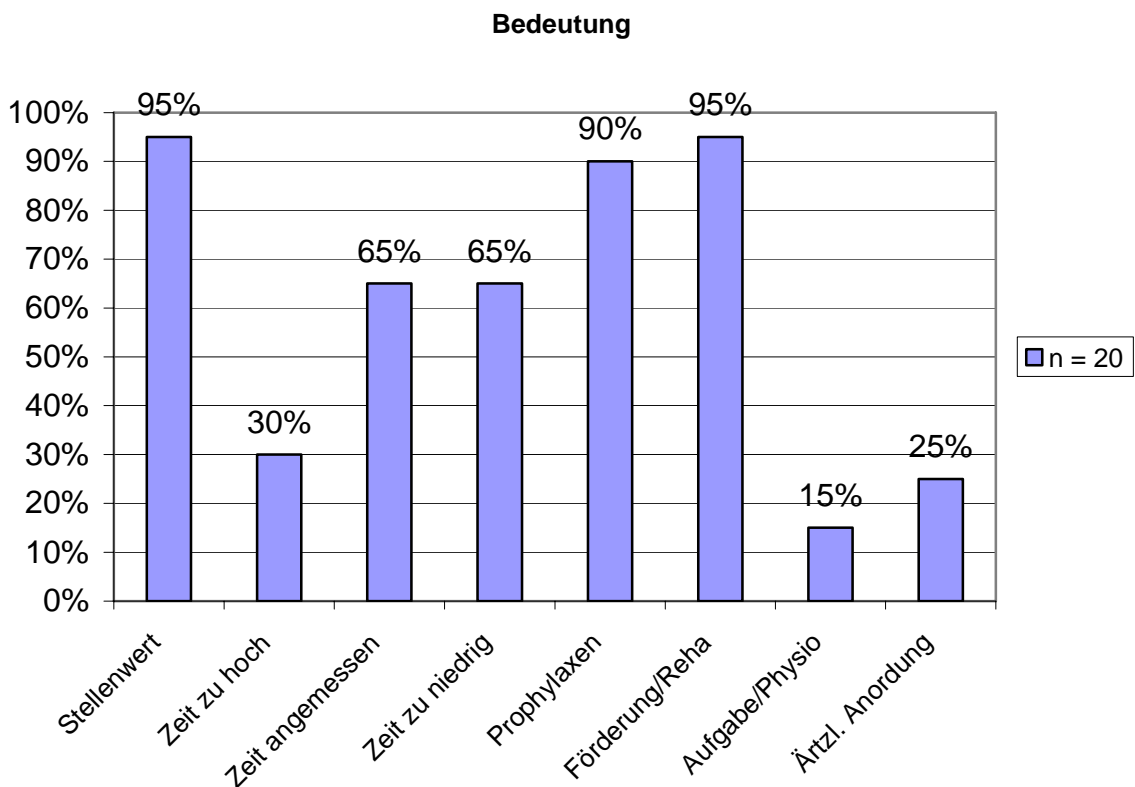


Abbildung 9

## 5. Evaluation der Mitarbeiterbefragung

---

### 5.9 Fachwissen der Pflege für Mobilisationshandlungen

Die Auswertung in diesem Frageblock ergab einen eindeutigen Konsens. Fachkenntnisse sind grundsätzlich notwendig für die Anwendung von Mobilisationshandlungen.

Interessant ist, dass 85% angeben, Kenntnisse in der Wahrnehmung sind notwendig. Dies lässt vermuten, dass hier ein Bewusstseinswandel stattfindet und der ITS- Bereich dies als Defizit erkennt.

Nicht nachvollziehbar ist eine Einzelantwort „trifft gar nicht zu“, auf die Frage: “Haben Sie bereits Schulungen in Kinästhetik besucht?”

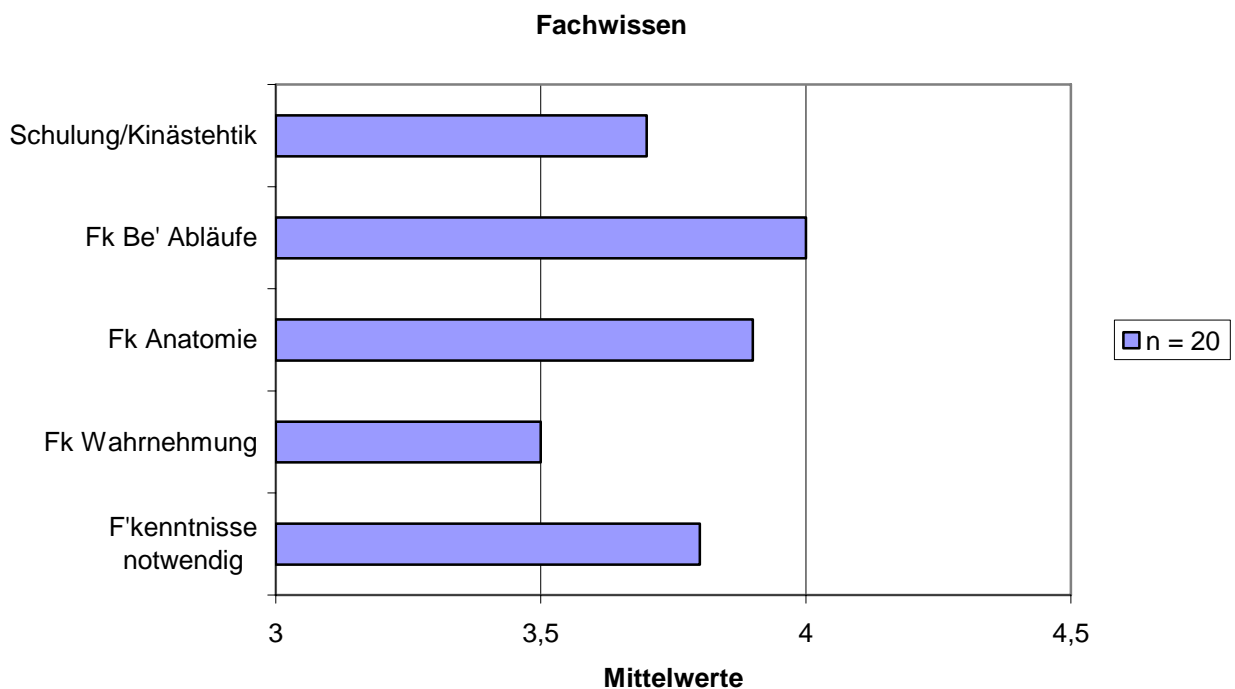


Abbildung 9

## 5. Evaluation der Mitarbeiterbefragung

---

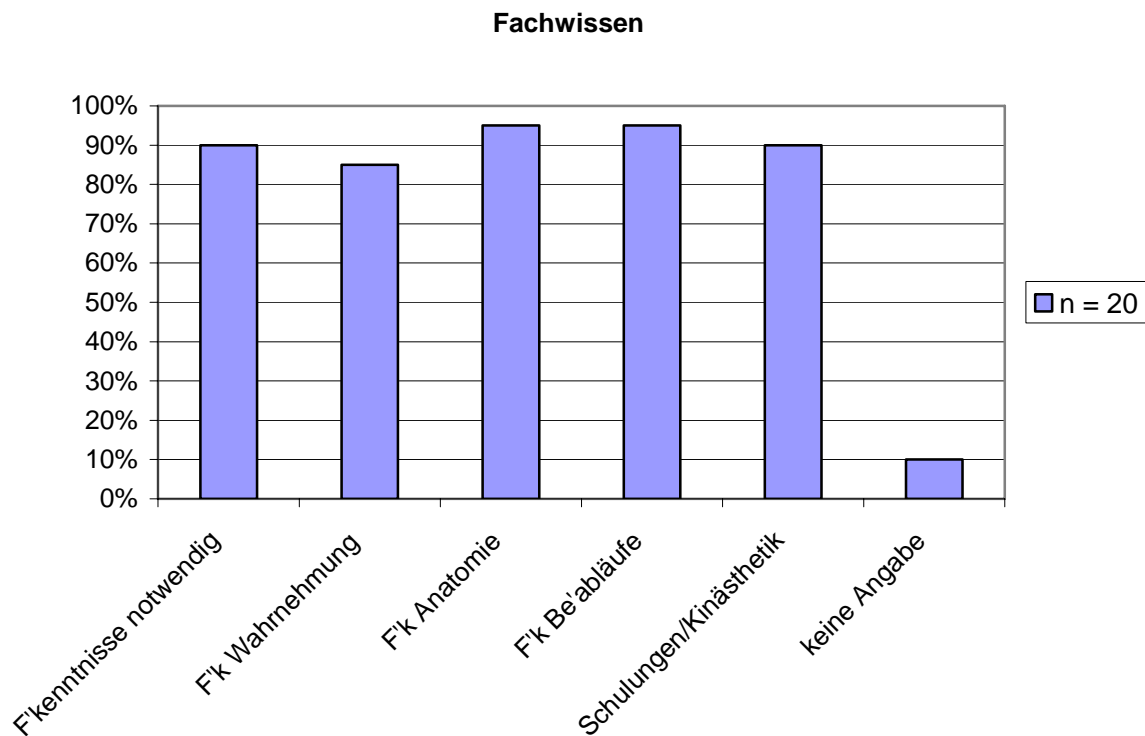


Abbildung 10

### 5.10 Wie viele Tage Kinästhetik - Unterricht haben Sie bisher besucht?

Keine Auswertung unter diesem Item, da dieser mit dem Item 5.6 verwechselt b. z. w. gleichgestellt oder gar nicht beantwortet wurde.

### 5.11 Kenntnisse der Mobilisation nach Kinästhetischen Kriterien

Die erworbenen Fähigkeiten und Kenntnisse werden zu einem hohen Prozentsatz (90%) in die Praxis umgesetzt, hauptsächlich bei der Körperpflege und beim Wäschewechsel. Im umgekehrten Verhältnis stehen die Items Ernährung, An- und Auskleiden und Kontrolle der Ausscheidungen. Aus dem Ergebnis der letztgenannten Punkte ergeht der Hinweis, dass hier noch weiterer Schulungsbedarf besteht, b. z. w. in den Schulungen Modul 3 und Modul 4 darauf eingegangen werden muss.

## 5. Evaluation der Mitarbeiterbefragung

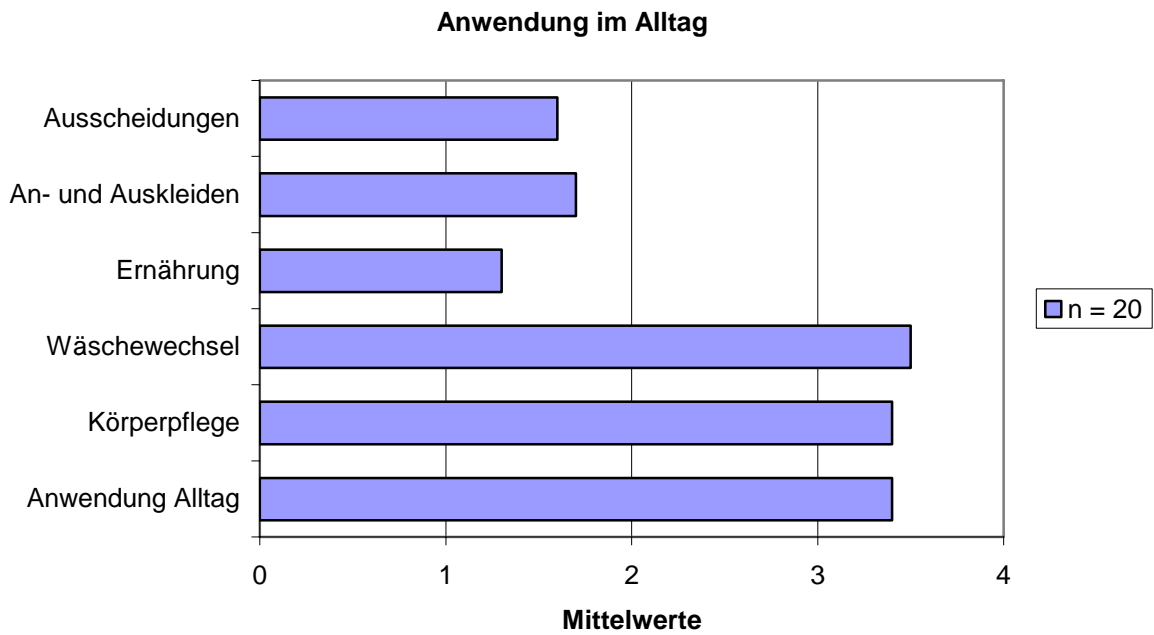


Abbildung 11

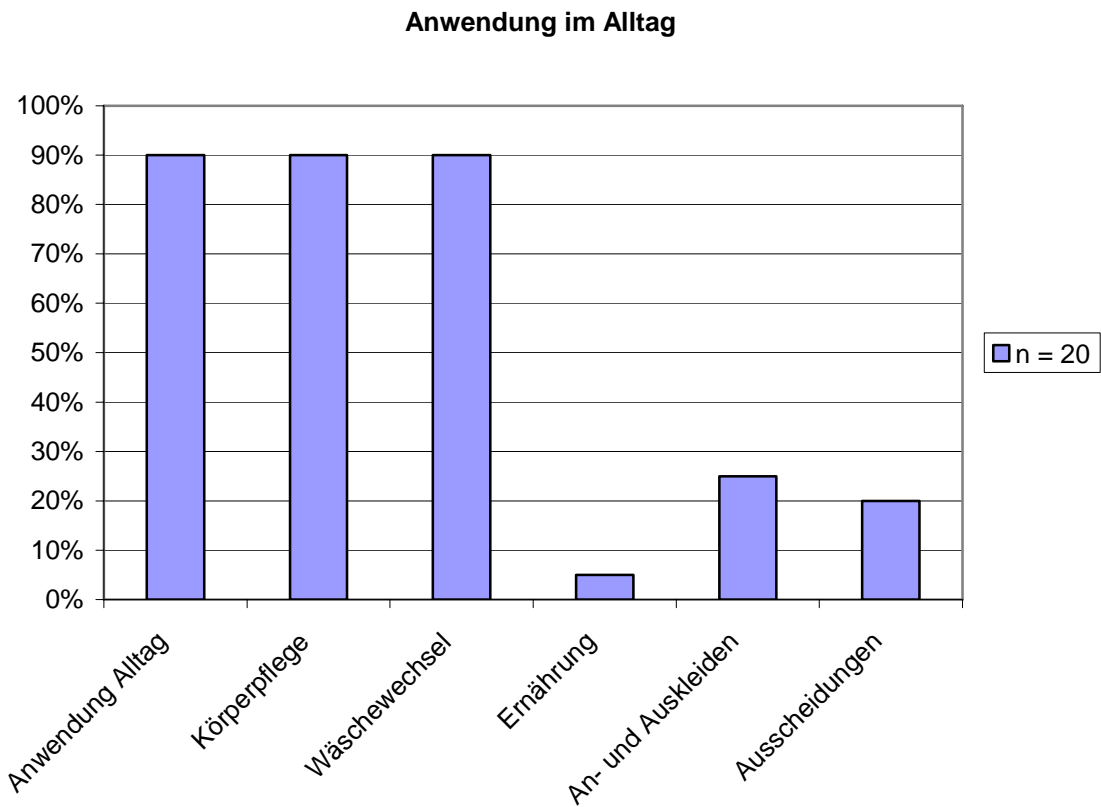


Abbildung 12

## 5. Evaluation der Mitarbeiterbefragung

### 5.12 Bei welchen Transfers wenden Sie die erworbenen Fähigkeiten am meisten an?

Unter diesem Themenblock kann eine ganz klare Aussage getroffen werden. Die Transfers werden im Pflegealltag angewendet. Dieses Ergebnis spiegelt sich auch in den Teilnehmenden Beobachtungen wieder. Des Weiteren wird hier der Übergang vom passiven zum teilaktiven Bewegungsmuster ersichtlich, was in der Praxis der Verteilung der Mobilisationsschwerpunkte zwischen 2.West A und 2.West B entspricht. Die Transfers in den Stuhl und Gehen werden vorwiegend auf der B- Seite durchgeführt. Allerdings besagt die Auswertung des Transfers Gehen, dass auch auf der B- Seite 20% diesen Transfer nicht unter kinästhetischen Gesichtspunkten ausführen. Werden die Ergebnisse aus der Mitarbeiterbefragung mit den teilnehmenden Beobachtungen vergleichend betrachtet, so wird eine mittelgradige Diskrepanz zwischen Selbsteinschätzung und Fremdeinschätzung offensichtlich.

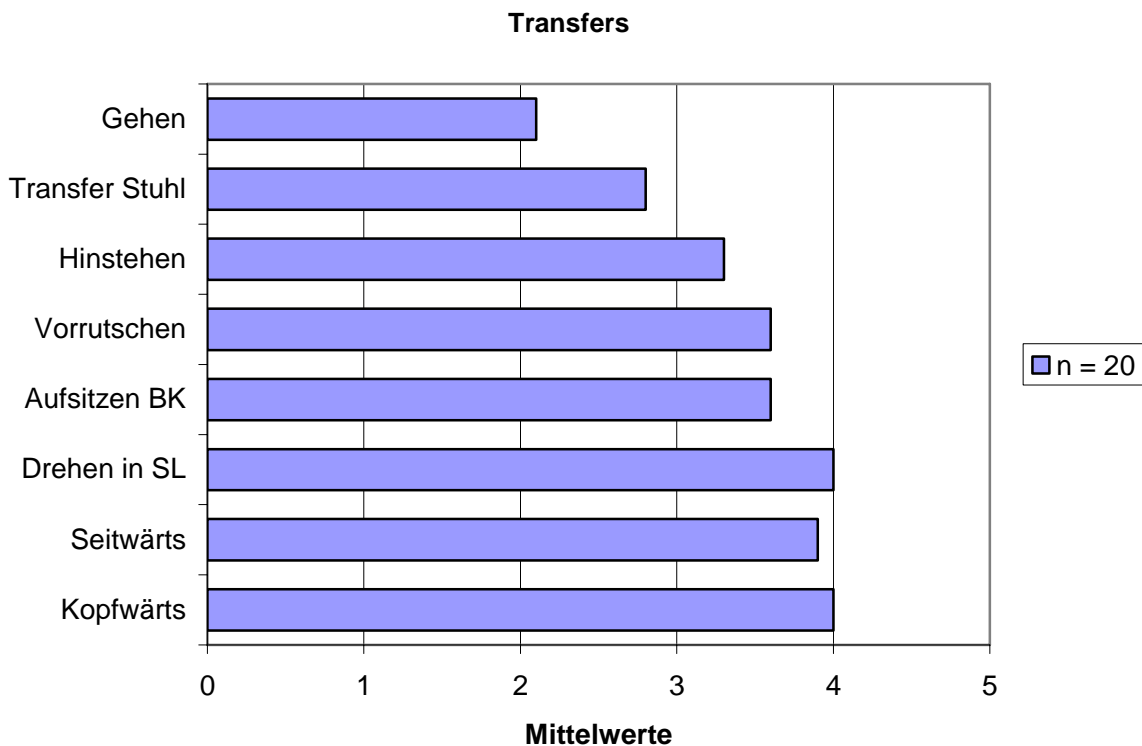


Abbildung 13

## 5. Evaluation der Mitarbeiterbefragung

---

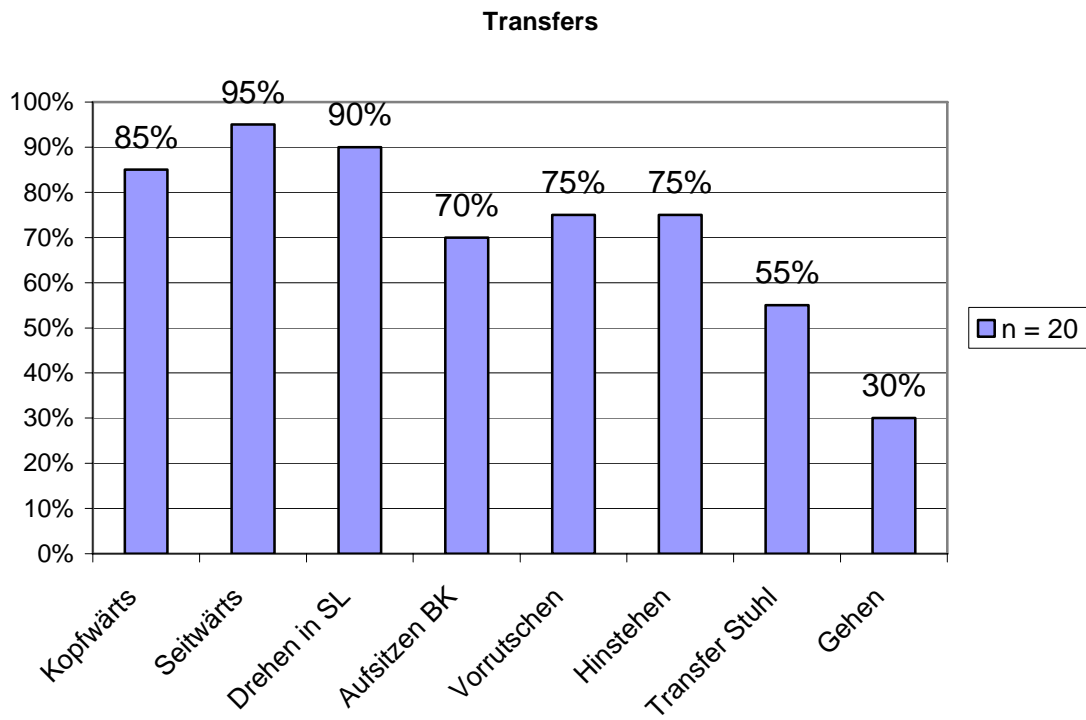


Abbildung 14

## 5. Evaluation der Mitarbeiterbefragung

### 5.13 Die drei Phasen der Mobilisation

Das warm up wird von 90% der Befragten vor schwierigen Mobilisationen als hilfreich eingestuft. Mit der Absicht den Kreislauf zu stabilisieren und die Wahrnehmung zu fördern wenden 75% ein warm up an.

Wie schon unter der teilnehmenden Beobachtung bemerkt wird das cool down unter dem Aspekt Lagerung/Dekubitusprophylaxe eingesetzt.

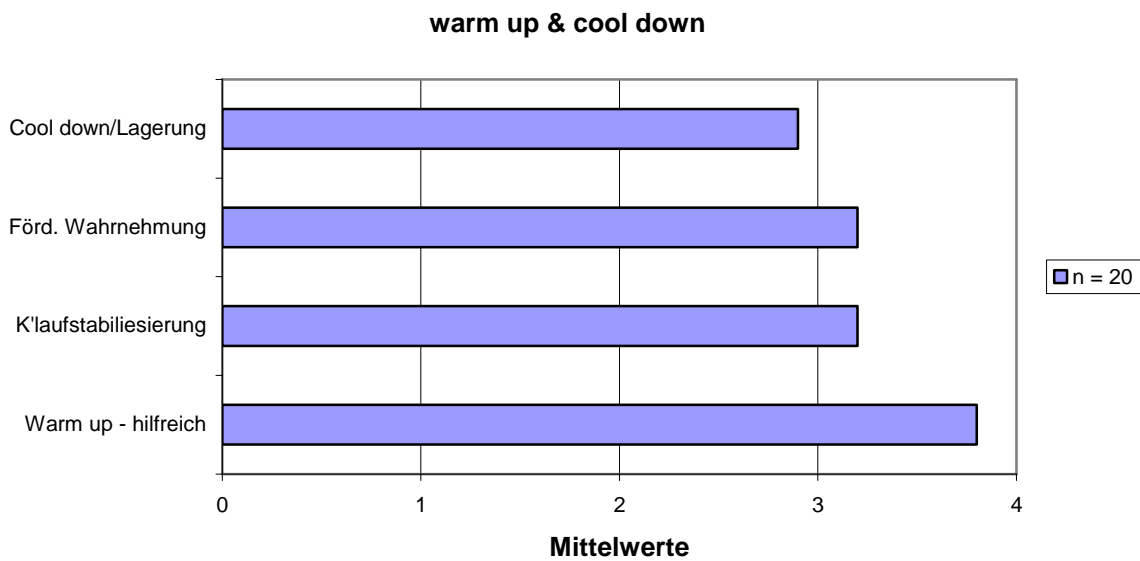


Abbildung 15

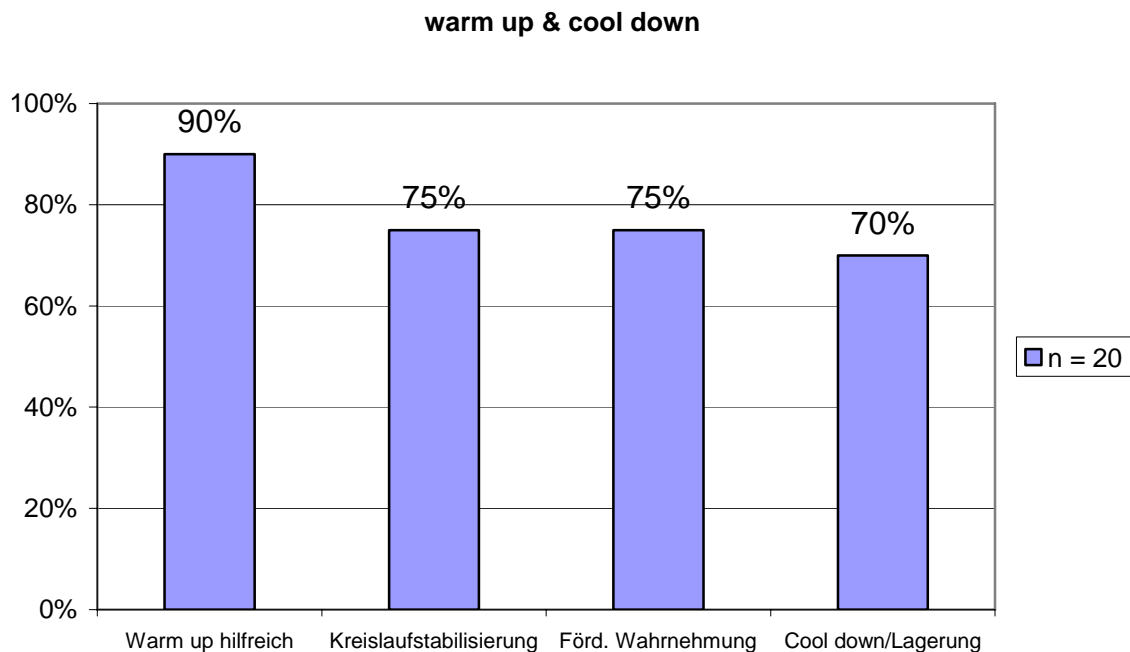


Abbildung 16

## 5. Evaluation der Mitarbeiterbefragung

### 5.14 Kommunikation

Die Auswertung zu diesen Punkten zeigt, dass sprachliche Unsicherheiten vor, während und in der Mobilisationsphase bestehen. Das konnte auch in der Praxis vorwiegend bei den teilaktiven Mobilisationshandlungen beobachtet werden.

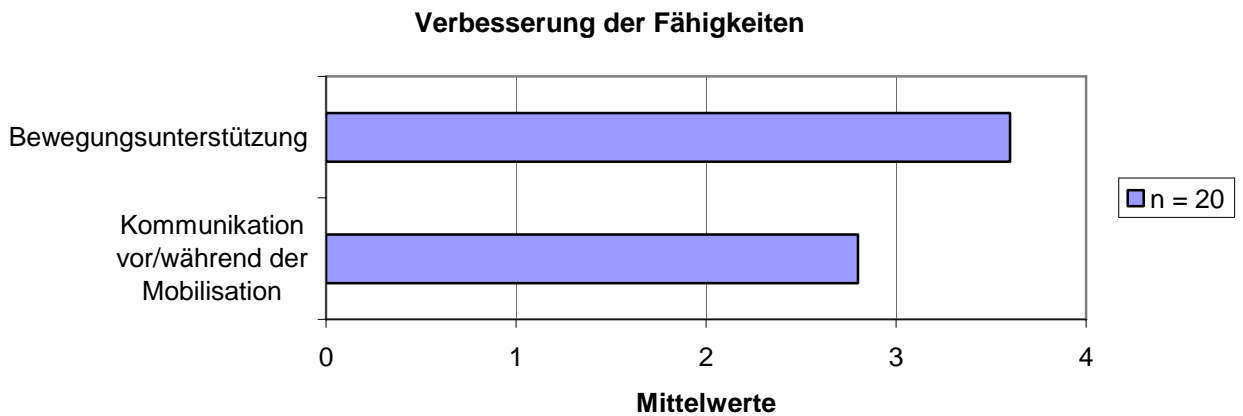


Abbildung 17

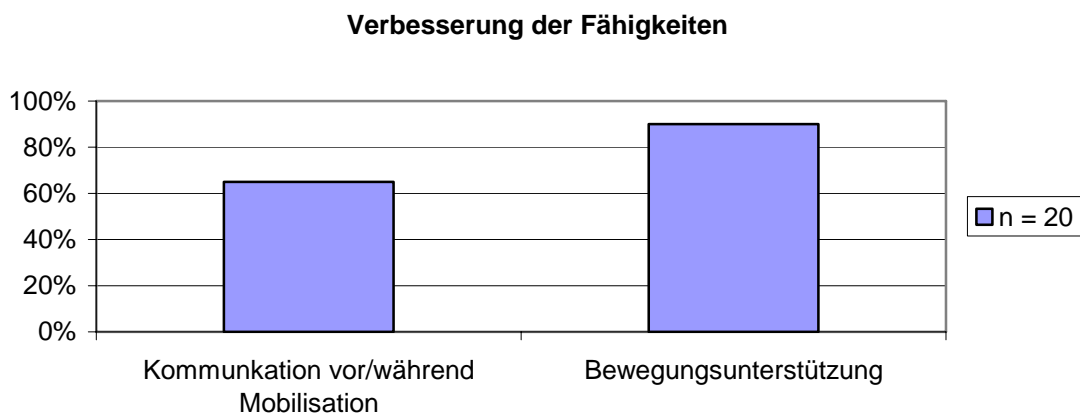


Abbildung 18

## 5. Evaluation der Mitarbeiterbefragung

---

### 5.15 Schulungsaufwand

Wie hoch soll Ihrer Meinung nach der prozentuale Anteil der geschulten Mitarbeiter in den einzelnen Modulen für die kinästhetische Mobilisation auf Ihrer Station sein?

85% der Mitarbeiter sind der Meinung, dass 90% der Kollegen in den Modulen 1 und 2 geschult sein sollten. „Wenn dann alle“, war der häufigste Kommentar. Für Modul 3 und Modul 4 plädieren nur noch 65% - 50% der Teilnehmer für einen 90prozentigen Anteil.

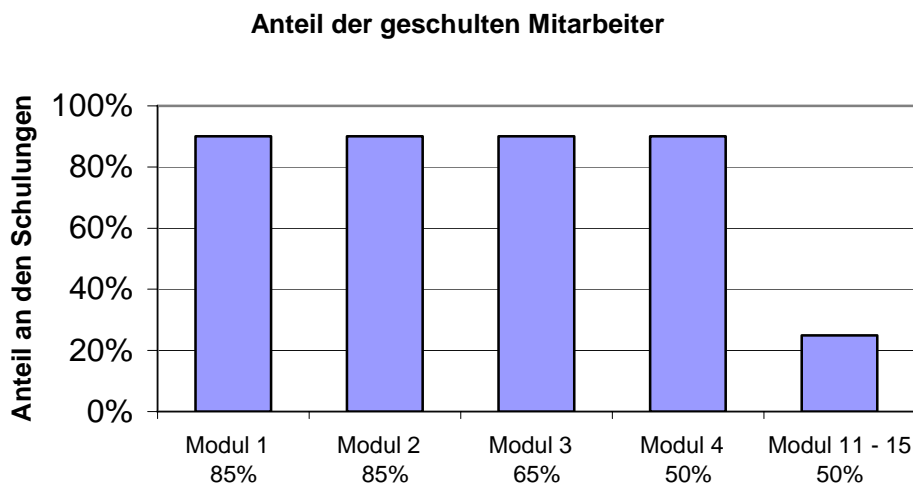


Abbildung 19

## 5. Evaluation der Mitarbeiterbefragung

### 5.16 Zielsetzungen in die einzelnen Schulungen

Insgesamt zeigt die Auswertung, dass die Erwartungen in allen Punkten sehr hoch ausfallen. Wir gehen deshalb von einer gesteigerten Motivation im Team aus. Das Team ist bereit zu lernen und fähig Inhalte umzusetzen.

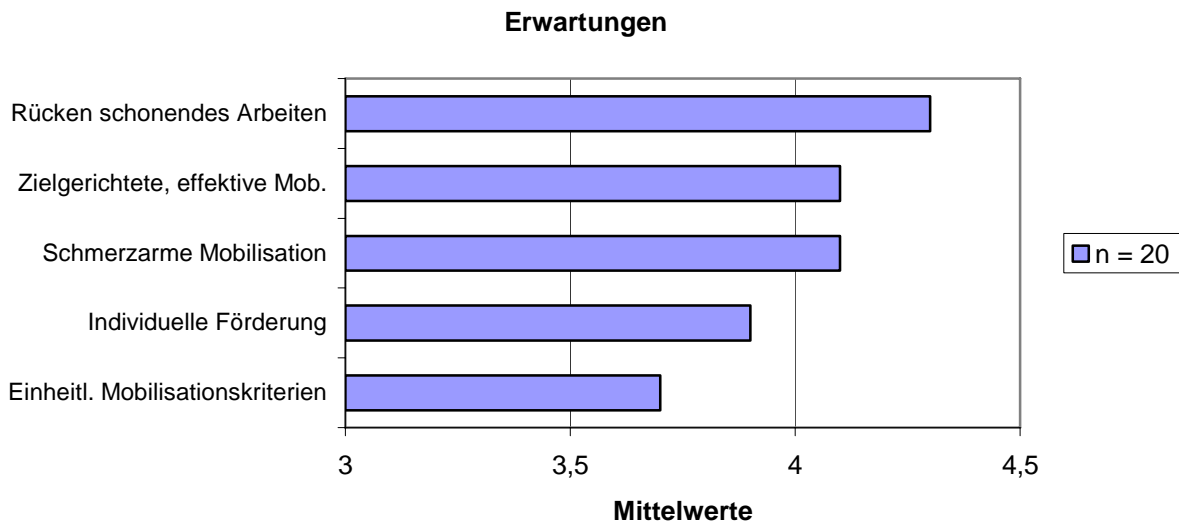


Abbildung 20

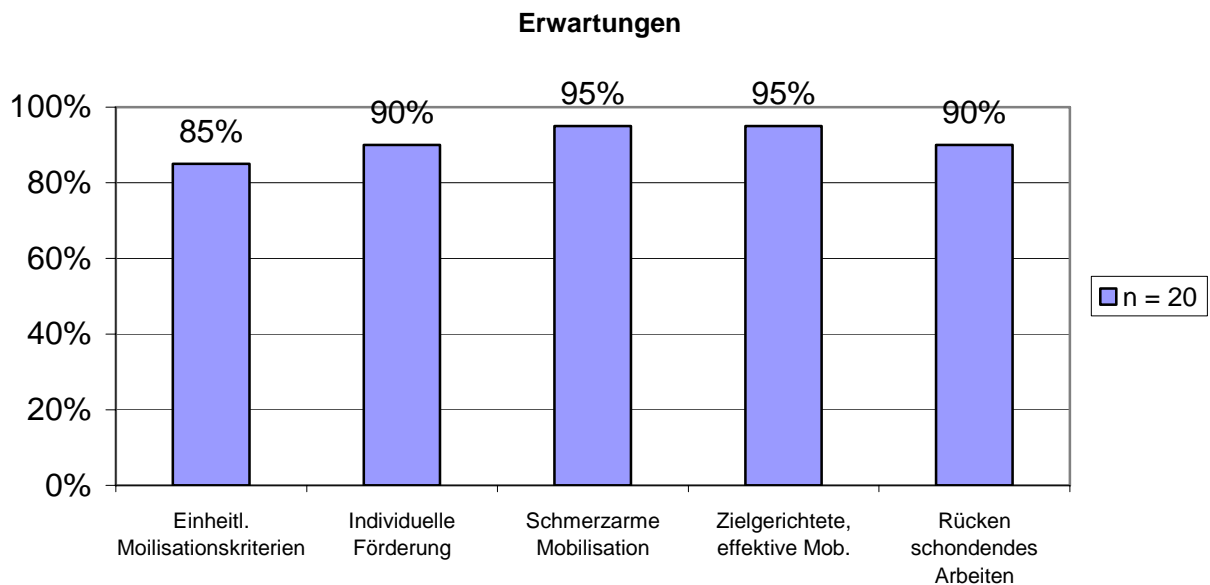


Abbildung 21

## 5. Evaluation der Mitarbeiterbefragung

### 5.17 Schwierigkeiten in der Anwendung der kinästhetischen Mobilisation

Überraschend ist, dass die Teilnehmer (70%) der Meinung sind, dass die kinästhetische Mobilisation bei den Kollegen akzeptiert ist. Dies würde auch Kollegen mit einschließen die noch keine Schulung erhalten haben.

Mit Nähe und Distanz geben nur 65% der Befragten Probleme an. Hier erwarteten wir einen höheren Anteil.

Das Angebot von Beratung und Hilfestellung bei Mobilisationsproblemen wird als verbessert empfunden, obwohl 31% der geschulten Mitarbeiter noch keine Praxisbegleitung erhalten haben.

Der prozentuale Anteil der durchgeführten Praxisbegleitungen liegt bei (nur) 69 % liegt.

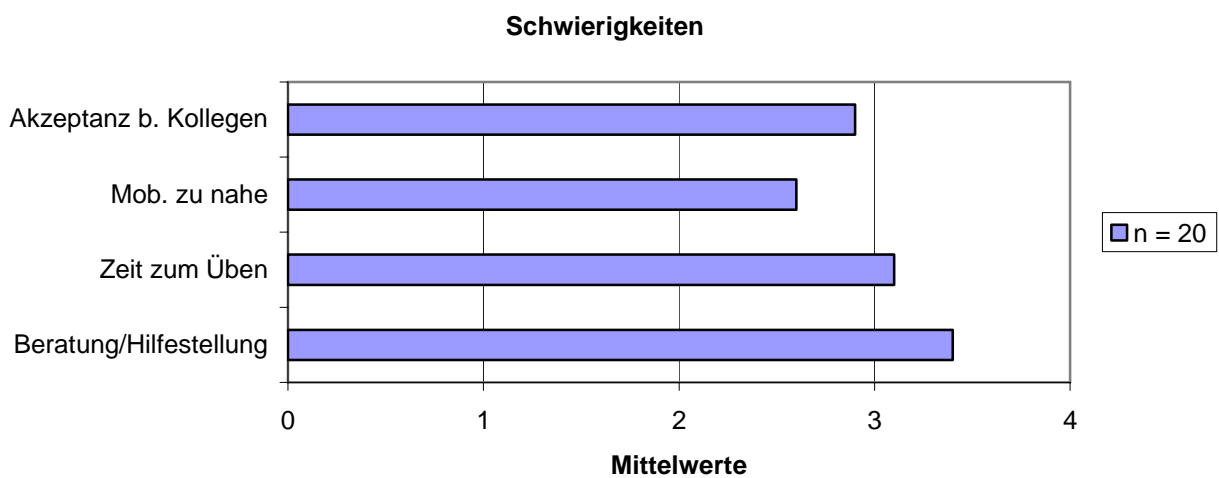


Abbildung 22

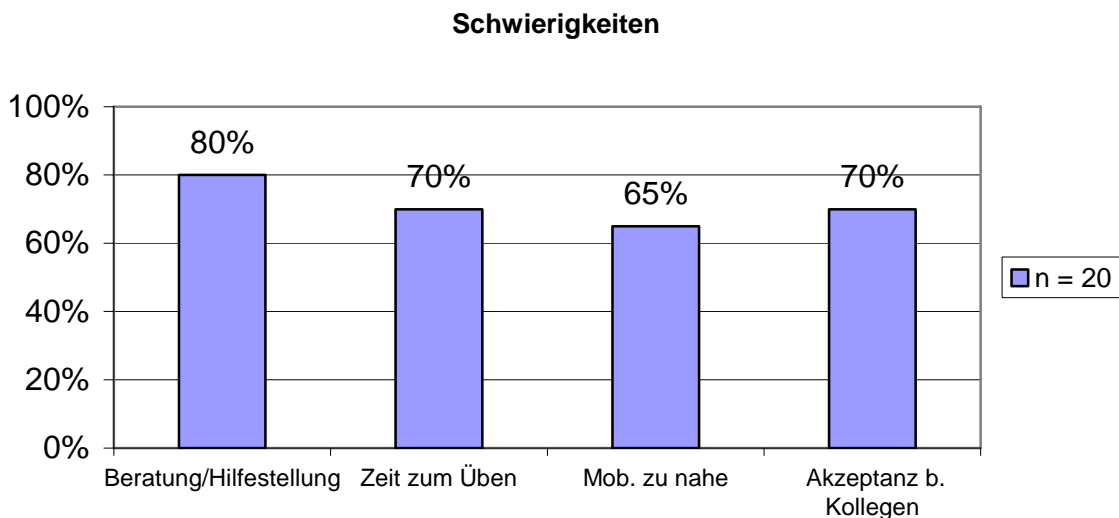


Abbildung 23

## 5. Evaluation der Mitarbeiterbefragung

### 5.18 Wirkungen der kinästhetischen Mobilisation

Offensichtlich halten sich die positiven Rückmeldungen der Patienten in Grenzen. Wobei hier die unterschiedlichen Behandlungsschwerpunkte zum Tragen kommen (beatmet – nicht beatmet, passiv – teilaktiv). Die Rückmeldungen über die Art und Weise der Mobilisation werden erst auf der B- Seite zum Ausdruck gebracht.

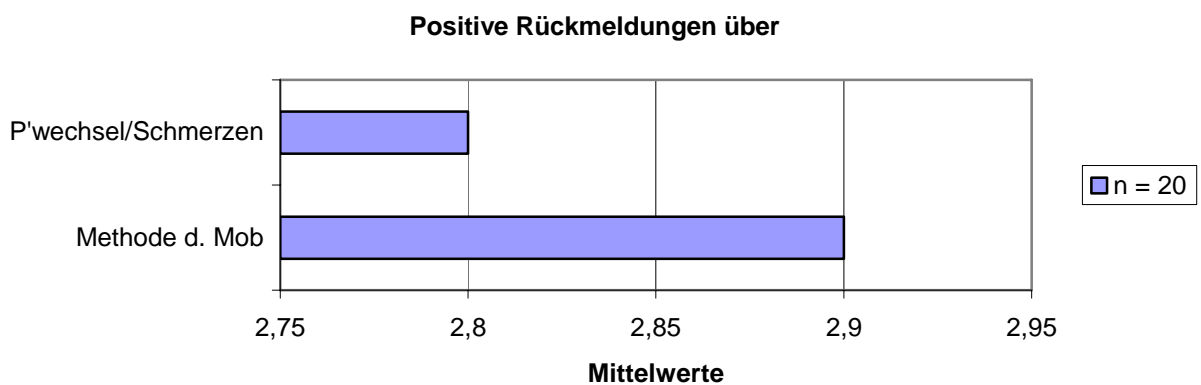


Abbildung 24

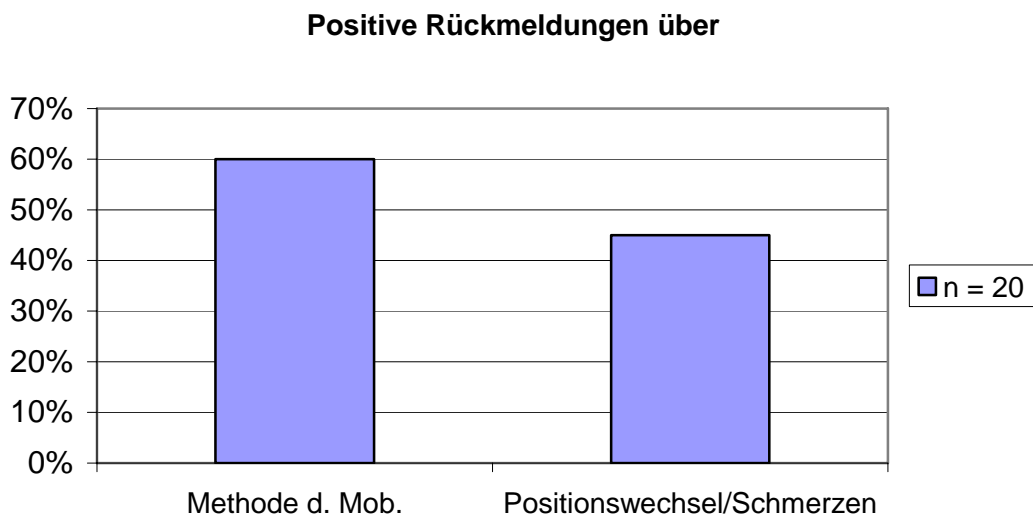


Abbildung 25

## 5. Evaluation der Mitarbeiterbefragung

### 5.19 Allgemeine Aussagen

90% der Teilnehmer stufen ihre Erfahrungen in der kinästhetischen Mobilisation als positiv ein.

Bei der Frage: „Sind Ihre Erfahrungen in kinästhetischer Mobilisation negativ?“ machten 15% keine Angaben.

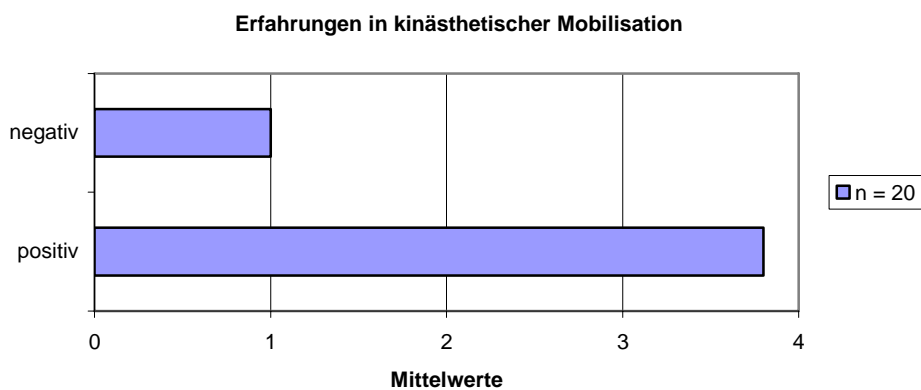


Abbildung 26

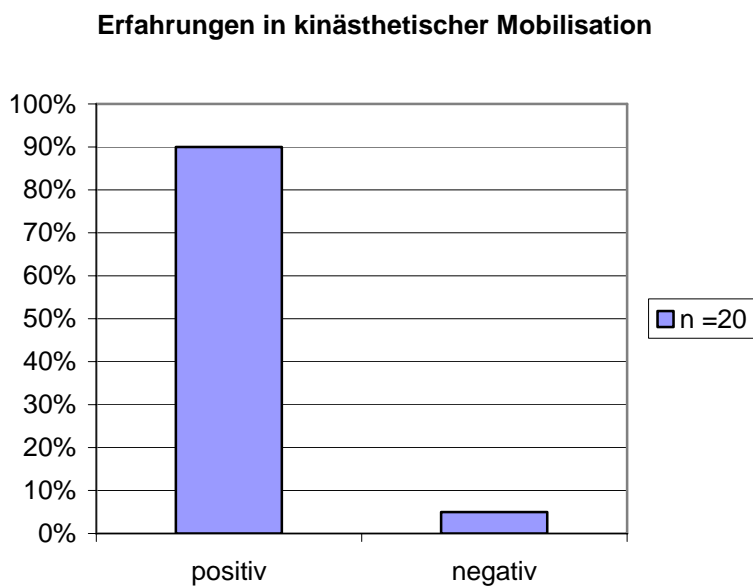


Abbildung 27

## 6. Gesamtzusammenfassung

---

Nach einer Projektlaufzeit von zehn Monaten können von außen Veränderungen wahrgenommen werden. Es werden mehr Positionswechsel im Bett durchgeführt. Bei den Lagerungen wird auf die Gelenkstellung geachtet und die Hohlräume werden unterlagert. Die zentrierte Position des Patienten ist für viele Kollegen zum Lehrsatz schlecht hin geworden. Manche Kollegen haben sich auf das „warm up“ spezialisiert. Das bedeutet „die drei Phasen der Mobilisation“ werden mit unterschiedlichen Schwerpunkten angewendet. Zurzeit wird die Pflegedokumentation neu überarbeitet und „die drei Phasen der Mobilisation“ werden Bestandteil der Dokumentationsvorlage. Es wird sich zeigen ob sich dadurch die Kontinuität in den Mobilisationshandlungen verbessern lässt.

Die Einführung des Standards „von unten nach oben im Bett“, unter den Teilnehmern ist abgeschlossen.

In der teilaktiven Mobilisation bestehen noch Defizite, die durch weitere Schulungen/Workshops und Praxisbegleitungen ausgeglichen werden können.

Keine Lösung konnte bisher gefunden werden, für die Kollegen (31%) die durch das Dienstplanraster fallen und noch keine Praxisbegleitung bekommen haben. Trotz dem zeichnet sich in der Praxis ein erfreulicher Trend ab, immer mehr Kollegen kommen während der Dienstzeit und nehmen Beratung bei schwierigen Mobilisationen in Anspruch. Es ist zu vermuten, dass dies auch der Grund ist warum 80% bei der Umfrage mit dem Angebot zufrieden sind, obwohl bisher (nur) 42% aller Kollegen eine Praxisbegleitung erhalten haben.

Ein Modellversuch mit einer Kollegin, die nach abgeschlossener Reha- Maßnahme die Arbeitsfähigkeit wieder erlangte ist in Erprobung: Ein individuelles Mobilisationstraining, die Transfers werden intensiv mit ihrer speziellen Problematik geübt.

Werden die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung den Teilzielformulierungen nach Modul 1 und Modul 2 gegenüber gestellt, so kann gesagt werden, dass bis auf einen Teilpunkt Modul 2 (siehe Ausblick) alle Ziele erreicht sind.

Bei genauer Durchsicht der Auswertung entsteht der Eindruck das zwei (10%) Kollegen vom Projekt nicht überzeugt sind.

Die Teamschulungen haben Eines ganz sicher bewirkt, die Interaktion zwischen 2.West A und 2.West B hat sich deutlich verbessert, sind kollegialer geworden so dass langsam ein Gemeinschaftsgefühl entsteht. Gemeinsame Projekte in Verbindung mit Bewegung lassen eine Fusion zum Erfolg werden.

## 7. Ausblick

---

- Über den Verlauf der Dekubitusrate und der Leasingkosten können erst 2006 Ergebnisse präsentiert werden, da der jetzige Zeitraum noch kein volles Kalenderjahr darstellt.
- Für die Implementierung des „cool down“ als Handlungsstrategie in der frühe post operative Phase sind jetzt günstige Bedingungen geschaffen. Mehr Mitarbeiter sind geschult und in der Zwischenzeit hat ein Ärztewechsel stattgefunden.
- Planung Modul 3 und Modul 4 für interessierte, motivierte Mitarbeiter.
- Erstellen von Mobilisationsstandards für den Herzchirurgischen Patienten.
- Erstellen von Lagerungskriterien/Mikrolagerung (STA) für den Dekubitus gefährdeten Patienten.
- Integration der Mitarbeiter die vor dem Projekt, Kinästhetik Schulungen besucht haben oder fremd geschult sind.