

Pflegende, die etwas anderen Sicherheitsdienstleister

Paradigmen verändern sich

Mobilisation und Sicherheit. Zwei wichtige Fragen in der Pflege. Und es ist offensichtlich: wir stehen in der Bearbeitung dieser Fragen vor einem Wechsel der Perspektiven. Christine Grasberger Kinaesthetics-Trainerin sagt warum.

In der Geschichte der Medizin, Betreuung und der Pflege von Menschen war das Thema Sicherheit zu jederzeit hochaktuell. Die Frage, was Sicherheit ist und wie sie gewährleistet werden kann, war von jeher von aktuellen Denkweisen und gültigen Paradigmen einer Gesellschaft geprägt.

Entwicklungsschritte in einem Berufsfeld gehen damit einher, dass aktuelle Paradigmen in Frage gestellt werden. Auch die moderne Pflege und das Gesundheitswesen entstanden durch solche Fragestellungen. So stellte beispielsweise Dr. Ignaz Semmelweis in der Mitte des 19. Jahrhunderts die damals gültigen Hygienerichtlinien in Frage. Erstmals stellte er eine Wechselwirkung zwischen dem Hygiene-Verhalten der Ärzte und des Krankenhauspersonals und dem Auftreten von Kindbettfieber her. Darauf folgten Auseinandersetzungen, die zu verändertem Hygieneverhalten führten, welches heute noch Gültigkeit hat. Semmelweis selbst fand Zeit seines Lebens für seine „neue“ Denkweise nur wenig Anerkennung.

Und heute? Ich gehe davon aus, dass auch unsere Generation wieder vor einem Paradigmenwechsel steht. Und es ist unsere Verpflichtung, die aktuellen professionellen Denkmodelle auf ihre Gültigkeit zu überprüfen.

Wenn wir die Hintergründe unserer aktuell gültigen Paradigmen für Mobilität und Sicherheit beleuchten, so wird schnell klar, dass da einiges im Argen liegt. Unsere Verhaltensweisen bei der Bewegungsunterstützung sind sehr stark von pathophysiologischen Blickpunkten und dem Behandlungsgedanken beeinflusst.

Behandlung ist hilfreich...

Behandlung ist hilfreich... Sehr viele pflegerische und medizinische Angebote unterliegen dem Behandlungsparadigma. Bei einer Behandlung erhält man ein Medikament, eine Therapie oder Ähnliches. Die Absicht dahinter: der Genesungsprozess soll positiv beeinflusst werden. Die Kontrolle der Maßnahme liegt beim/bei der Behandler/in, Arzt/Ärztin, Therapeut/en/in, Pflegenden. Die behandelnde Person entscheidet, was wann wie getan werden soll. In vielen Bereichen ist dieser Ansatz sehr erfolgreich. Der Laie wäre schlichtweg nicht in der Lage zu beurteilen, was wie warum operiert, therapiert oder verordnet werden soll. Zum guten Glück kann man in den meisten Fällen darauf zählen, dass man verantwortungsvollen und kompetenten Expert/inn/en begegnet.

...oder eben nicht. Beim Thema Mobilisation und Sicherheit hat das Behandlungsparadigma seine Tücken. Sicherheit ist kein Produkt, das man jemanden von außen verordnen kann. Sicherheit in den eigenen alltäglichen Aktivitäten hängt von der Bewegungskompetenz ab und ist erlernt. Die differenzierte Kontrolle in der Bewegung ist das Ergebnis eines zirkulären Selbstregulationsprozesses in unserem Körper. Dieser Prozess wurde umfangreich wissenschaftlich erforscht und u.a. durch K.U. Smith als zirkulären Feedback-Kontroll-Prozess beschrieben. Die Theorie beschreibt die Wechselwirkung zwischen Bewegungssystem, Wahrnehmungssystem und Nervensystem als inneren Prozess der Selbstregulation des Menschen.

Diese Abläufe geschehen größten Teils unbewusst. Wir müssen gezielt unsere Aufmerksamkeit auf diese Abläufe bringen um Teile davon bewusst wahrnehmen zu können. Dieser Prozess, der in jedem Augenblick unseres Lebens

geschieht, wird durch die Art, wie wir Menschen unterstützen positiv oder negativ beeinflusst. Oftmals werden in bester Absicht Unterstützungsangebote so gestaltet, dass Sicherheit von außen geboten werden soll. Diese Angebote beeinflussen den Lernprozess der Menschen oftmals so, dass die Reaktionsmöglichkeiten des Menschen noch zusätzlich eingeschränkt werden. Letztlich resultiert daraus, dass der betreute Mensch unbeweglicher, abhängiger wird und damit das Gefühl für Sicherheit verlernt.

Lernen unterstützen...

Lernen unterstützen... In den letzten Jahren wird immer deutlicher, dass die Pflege bei den ureigenen Tätigkeiten – bei der Unterstützung der alltäglichen Aktivitäten – mit dem Behandlungsparadigma an seine Grenzen stößt. Inzwischen kann mit unendlich vielen qualitativen Belegen nachgewiesen werden, dass die Art und Weise, wie Pflegehandlungen durchgeführt werden in vielen Fällen die Abhängigkeit der Menschen noch verstärkt – und die Mobilität einschränkt.

...als Kern-Kompetenz der Pflege. Wenn Pflegenden davon ausgehen, dass die Kompetenz in den alltäglichen Aktivitäten einer ständigen Veränderung unterworfen ist und ein ständig anhaltender Lernprozess ist, dann verändern sich die Anforderungen an das professionelle Handeln. Das Thema „Lernen unterstützen und ermöglichen“ rückt in den Mittelpunkt. Damit wird ersichtlich, dass jede Unterstützung der Bewegung und der alltäglichen Aktivitäten ein Lernangebot für die PflegeempfängerInnen wird. Und das Lernangebot führt je nach Qualität zu mehr Kompetenz und Selbstständigkeit oder zu mehr Abhängigkeit.

Unterschiedliche Angebote

Anhand von zwei konkreten Beispielen wird aufgezeigt, wie die Handlungen einer Pflegekraft verändern, je nachdem, ob sie sich am Behandlungs- oder am Lernparadigma orientiert.

Überlegungen zur Mobilisation vom Liegen im Bett ins Sitzen an den Betttrand	
Behandlungsparadigma	Lernparadigma
<ul style="list-style-type: none"> Die Pflegeperson bewegt den Menschen vom Liegen ins Sitzen. Dabei geht die Pflege nach einem bestimmten Standard vor – der Patient passt sich an. Die Pflegenden geht davon aus, dass es wichtig ist, dass sie den Patienten so unterstützen, wie das in der Pflegeplanung oder im Standard definiert ist – alle machen es gleich. Wenn der Patient nicht weiter kommt, dann macht die Pflege für ihn die Bewegung. In vielen Situationen hebt sie. Die Aktivität ist so gestaltet, dass die Pflege die Aktivitäten kontrolliert und die Verantwortung übernimmt. 	<ul style="list-style-type: none"> Die Pflegeperson beginnt mit dem Patienten in Bewegung zu kommen. Danach folgt die Pflegenden der Bewegung des Patienten – es wird ein aktiver Prozess des Führens und Folgens – der Pflegenden passt sich an. Wenn der Patient nicht weiter will, dann nicht die Pflegenden mit ihm zusammen nach Möglichkeiten. Es ist zu beobachten, dass diese Aktivität immer neu entsteht – es gibt keine Vorgabe „wie man es macht“. Die Pflegenden hebt nicht. Die Aktivität ist so gestaltet, dass der Patient sein eigenes Gewicht übernehmen kann und den Weg ins Sitzen jederzeit mitgestalten und nachvollziehen kann. Die Verantwortung für die Aktivität liegt bei beiden Akteuren.

Überlegungen für eine sturzgefährdete Person	
Behandlungsparadigma	Lernparadigma
<ul style="list-style-type: none"> Es geht darum, den Sturz zu vermeiden. Der Patient wird angehalten, gewisse Aktivitäten nicht zu tun – um die Sturzgefahr zu vermindern. Nach einem bestimmten Standard werden Hilfsmittel eingesetzt, die die Sturz- bzw. Verletzungsgefahr vermindern. Es wird angenommen, dass die Sturzgefahr auf eine bestimmten Krankheit zurückzuführen ist. Die Angst vor dem Sturz steht im Vordergrund und prägt die Handlungen der Pflegenden und der Angehörigen. 	<ul style="list-style-type: none"> Es wird zwischen Positionswechsel, Fallen und Stürzen unterschieden. Der Patient wird angehalten, Aktivitäten, die mit dem Sturz in Zusammenhang gebracht werden so zu lernen, dass die Sturzgefahr sinkt. Wenn ein Patient fällt oder stürzt, wird analysiert, warum das so ist – anschließend wird ein Lernprogramm entwickelt, das dem Patienten hilft, mehr Möglichkeiten zu entwickeln und die Gefahr durch bewusstes aktives Tun zu mindern. Es wird angenommen, dass ein sturzgefährdeter Mensch lernen kann, diese Gefahr selbst zu vermindern. Mindestens einmal pro Tag wird der Mensch angeleitet, vom Stehen ins Liegen zu gehen und wieder zurück. Dabei wird analysiert, wie der Patient unterschiedliche Möglichkeiten entwickeln kann – so dass er nicht nur einen Weg kennt. Hilfsmittel werden nur eingesetzt, wenn überprüft worden ist a) ob sie wirklich helfen und b) dass sie die Kompetenz und Handlungsmöglichkeit des Patienten nicht einschränken.

Beim Behandlungsparadigma versucht man, allgemeine Standard-Maßnahmen durchzuführen bzw. einzusetzen. Demgegenüber werden beim Lernparadigma individuelle Lösungen gesucht und mit dem/der Patient/en/in zusammen entwickelt.

Natürlich ist es so, dass bei bestimmten Situationen z.B. Hilfsmittel gute Dienste leisten können. Wenn aber z.B. allen

sturzgefährdeten Menschen sogenannte Sturzhosen angezogen werden, führt das in sehr vielen Fällen dazu, dass das eigentliche Problem (die Unfähigkeit, das eigene Gewicht gegenüber der Schwerkraft zu kontrollieren) durch die Maßnahme noch verstärkt wird. Menschen mit Sturzhosen können nicht mehr so gut in spiraligen Bewegungsmustern aktiv werden – das führt zu parallelen Bewegungsmustern, die die Bewegungsmöglichkeiten noch zusätzlich einschränken.

Nicht nur im WAS liegt die Qualität

Nicht nur im WAS – sondern im WIE liegt die Qualität. Oft wird in der Pflege präzise das WAS einer Pflegehandlung beschrieben. Für den Lernprozess eines/r Patient/en/in ist aber das WIE der gemeinsamen Bewegung von enormer Bedeutung. Wenn es der Pflegekraft gelingt, die Aktivität so durchzuführen, dass der gepflegte Mensch die Kontrolle über Zeit, Raum und Anstrengung der eigenen Aktivität hat, dann kann dieser lernen, mehr Möglichkeiten zu entwickeln und seine Bewegungskomponenten zu erweitern. Das heißt, dass die Pflegekraft in der Lage sein muss, der Bewegung des/r Patient/en/in zu folgen. Sie folgt also nicht einem Schema, das irgendeinmal eingeübt wurde – sondern der Bewegung des/r Patient/en/in. Das bedingt aber, dass die Pflegenden in der Lage ist, menschliche Aktivitäten aus der Bewegungsperspektive zu analysieren und zu verstehen.

Ein konkretes Beispiel

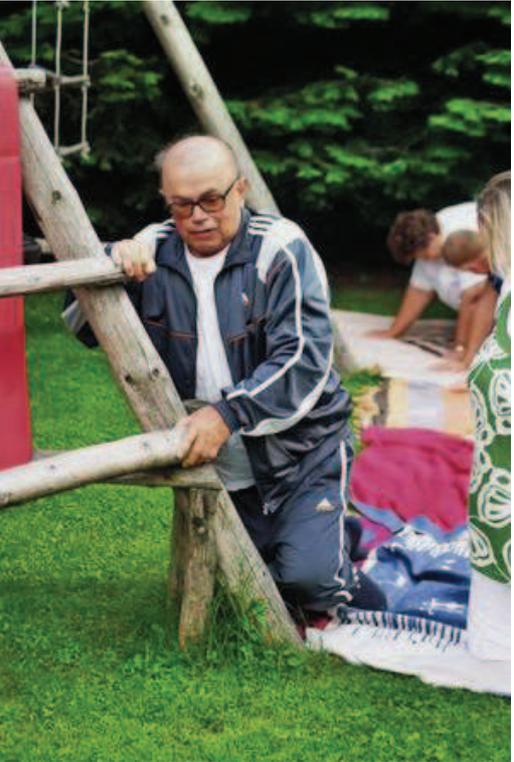
Die Ausgangslage. Nach einer schweren Erkrankung wollen die Beine von Herrn W. nicht recht gehorchen. Er braucht Hilfe beim Aufstehen aus dem Stuhl, im Stehen, beim Gehen. Um sich sicher zu fühlen macht er die Bewegung nicht alleine. Die Art der Unterstützung erfordert viel Kraft für alle Beteiligten und so recht sicher fühlen sich weder er noch seine Helfer. Man überlegt welche Hilfsmittel er benutzen könnte um mehr Sicherheit zu erlangen. Haltegriffe werden montiert, Schuhwerk wird angepasst, er bekommt einen Rollstuhl um sicherer von A nach B zu kommen.

Der Lernprozess. Nun stellt sich die Frage: sind das Lernangebote? Was wäre hier als Idee für das Lernen gefragt? Herr W. lernt in tieferen Positionen, beim Sitzen und auf dem Weg in den Kniestand. In diesen Positionen kann er sich sicher bewegen und Varianten entdecken. Alle Beteiligten brauchen relativ wenig Kraft und die Aufmerksamkeit kann auf kleine qualitative Details gehalten werden.

Nicht so sehr die Methodik, vielmehr die Qualität der Bewegung steht im Vordergrund. Der Weg ergibt sich während der gemeinsamen Bewegung.

Gemeinsame wechselseitig aufeinander bezogene Interaktion in der Bewegung:







Herr W. sucht immer neue Wege, alleine und gemeinsam mit anderen. Als Etappenziel versucht er sein Gewicht auf den Knien zu balancieren. Schließlich kommt er sicher und alleine ins Stehen. Was unbewältigbar schien, hat sich einfach entwickelt. Der Prozess des Hinterfragens und die Auseinandersetzung mit der Bewegung alleine und mit anderen Menschen haben Möglichkeiten immer wieder neu entstehen lassen. Und das hat Freude gemacht.

Wenn wir es schaffen, unsere Pflege- und Betreuungsangebote als Lernangebote für Menschen zu betrachten und zu gestalten, setzen wir einen Meilenstein in unserem Gesundheitssystem, welcher der Entdeckung von Dr. Semmelweis in nichts nachsteht.