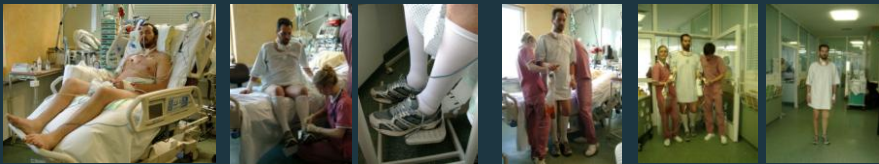


IMPLEMENTIERUNG VON FRÜHMOBILISIERUNG

Erfahrungsbericht einer Pflegefachperson



Danny Schuchhardt

2

Das Zentrum für Anästhesie, Intensivmedizin und Notfallmedizin:

Anästhesiologisch:

- ca. 10.000 Patienten pro Jahr
- 14 zentrale Operationssäle und weitere dezentrale Anästhesie-Arbeitsplätze



Intensivmedizinisch:

- ca. 3000 Patienten aller operativen und internistischen Fachdisziplinen
- interdisziplinäre Intensivstation mit derzeit bis zu 40 Beatmungsbetten

3

Existiert in Ihrer Einrichtung ein Konzept für
Frühmobilisierung von kritisch kranken Menschen?

Inhalt

4

1. Wurzeln
2. Implementierungsprozess
 - ▣ Teamgeist
 - ▣ Bildung
 - ▣ Plan und Meilensteine
 - ▣ Ausrüstung
 - ▣ Methoden
3. Zusammenfassung
4. Quellen
5. Kontakt

Wurzeln

5



„Richtet kranke Menschen auf und wir bewahren
Sie vor dem frühen Grab.“

vgl. Asher Dez1947

Implementierungsprozess

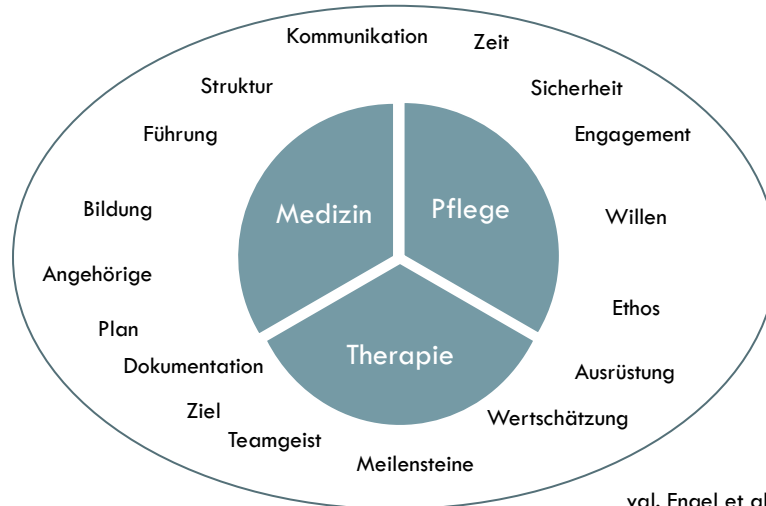
6

- Klare Zielestellung
- Protokollgestützte Durchführung
- Poster
- Hospitationen
- Projekte
- Kontinuierliche Datenerfassung
- Evaluation

Engel et al. 2013

Implementierungsprozess

7

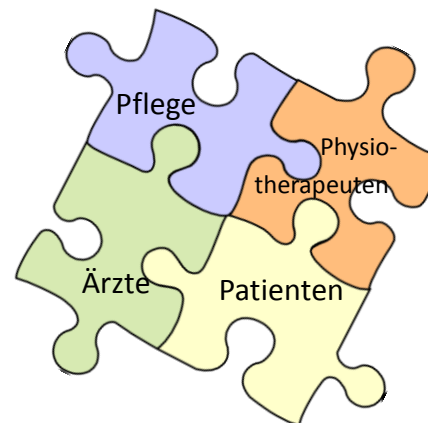


vgl. Engel et al. 2013

Teamgeist

8

Gründung eines festen, interdisziplinären Projektteams mit der Absicht und dem Ziel Frühmobilisierung zu implementieren!



Engel et al.

Teamgeist

9

Das sind wir: Physiotherapie, Pflege und Ärzte



Teamgeist

10

- Hinderlich in der Implementierung des Konzeptes ist eine **ungenau**e Verantwortlichkeit zur Frühmobilisierung innerhalb der Berufsgruppen. Sinnvoll ist eine im Team beschlossene Verortung der Tätigkeit, aus der **Erfahrung im Pflegedienst**. Ferner sollte die wohlwollende Unterstützungsabsicht der Führungskräfte vor Implementierungsbeginn vorliegen.

Bildung

11

- Pflegende, Mediziner und Physiotherapeuten (gemeinsam?)
- Komplikationsrisiken können reduziert werden
Engel et al.
- Entwicklung und Durchführung eines Schulungskonzeptes für alle Mitarbeiter

Plan und Meilensteine

12

- Der Prozess der Implementierung kann erfahrungsgemäß, abhängig von der Größe und der Motivation des Teams, bis zu 5 Jahren bis flächendeckende Umsetzung andauern.

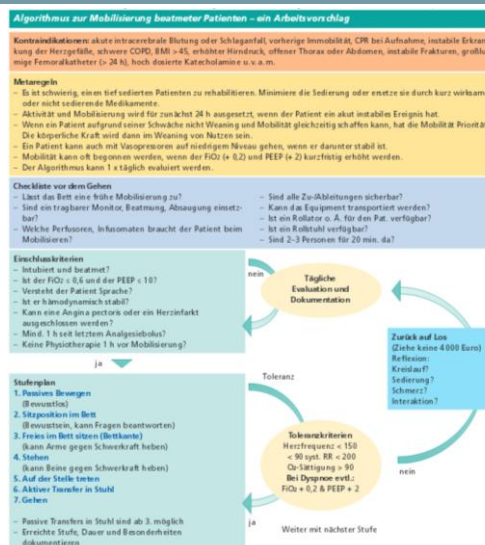
Plan und Meilensteine

13

- Interessierte Mitarbeiter (interdisziplinär) bündeln
- Erfassung IST Zustand zur Mobilisation incl. personeller und materieller Ressourcen
- Instrument zur Frühmobilisation entwickeln
 - ▣ angepasst an personelle und materielle Ressourcen
 - ▣ angepasst an vorhandene Prozesse

Instrumente

14



Nydhall, Flohr, Rothaug 2010

Instrumente

15

Parameter	Toleranzbereich	Zu beachten
1. Herzfrequenz ⇒ Einbeziehung aktueller klinischer Patientendaten	60-140/min.	
2. Blutdruck ⇒ Einbeziehung aktueller klinischer Patientendaten	Systolisch von 95 bis 200 <u>mmHg</u>	
3. Sauerstoffsättigung ⇒ Einbeziehung aktueller klinischer Patientendaten	> 92%	COPD-Patienten 87%
4. Körpertemperatur ⇒ Einbeziehung aktueller klinischer Patientendaten	Bis 39 Grad-Celsius	
5. Intravasale Zugänge ⇒ arterielle Kanüle und ZVK sind keine Kontraindikation für Mobilisation	Sonderfall: V. <u>femoralis</u> : Dialysekatheter	Stets im interprofessionellen Team mit zuständigen Oberarzt besprechen
6. Assistensysteme ⇒ IABP, Eingeschwemmter Schrittmacher ECMO, PECLA	Sitzen im Bett ja	Stets im interprofessionellen Team mit zuständigen Oberarzt besprechen
7. Während laufender Transfusionen ⇒ Blut, Plasma, Gerinnungsfaktoren		Nur bis Bettkante
8. Katecholamintherapie	Dosierungsabhängig	Ggf. Kompression + Volumengabe vor dem Vertikalisieren

Instrumente

16

Parameter	Toleranzbereich	Zu beachten
9. Noninvasive Beatmung ⇒ BiPAP/CPAP	Mobilisation ja	Immer Mobilisation
10. Gangschule mit Thoraxdrainagen		Ja – aber mit Sog!
11. Neurochirurgie ⇒ Blutdruck, ICP, ELD	Zeitig und stufenweise Aufsetzen unter Einhaltung der Hirn- und Blutdruckvorgaben	Immer Einzelfallentscheidung mit dem zuständigen Oberarzt u. Fachabteilung
12. Kardiochirurgie ⇒ Fast-Track mit Arztassistenz!!! ⇒ <u>Aortendissektion</u> /Aorten- <u>Asc.</u> -Ersatz ⇒ Offenes Sternum	⇒ 2 Std. nach <u>Extubation</u> ! ⇒ Nach Rücksprache (wenn <u>extubiert</u> wie Fast-Track) ⇒ bis Sitzen im Bett	
13. Kardiologie ⇒ Druckverband nach HKU ⇒ Druckverband nach IABP-Entfernung	⇒ Nach 6 Stunden ⇒ Nach 24 Stunden	Antikoagulation beachten; mit ärztliche Rücksprache
14. Unfallchirurgie ⇒ Polytrauma		Stets im interprofessionellen Team mit zuständigen Oberarzt besprechen
15. Pulmologisch instabil ⇒ Besondere Lagerungsschemata wie <u>Rotorest</u> , Bauchlage, überdrehte Seitenlage, HFOV	Stufenweises aufrichten bis Sitzen im Bett	Stets im interprofessionellen Team mit zuständigen Oberarzt besprechen

Plan und Meilensteine

17

	Was ist zu tun?	Wer ist verantwortlich?
1.	Aufwachen	Arzt
2.	Spontanatmung	Arzt
3.	Täglicher Aufwachversuch und Spontanatmungsversuch	Arzt
4.	Delirassessment	Pflegfachperson und Arzt
5.	Frühmobilisierung	Pflegfachperson, Physio-, Ergo-, Schmerz-, Ernährungstherapeuten, Arzt
6.	Bezugspersonen	Pflegfachperson und Arzt
7.	Hilfsmittel (Bettfahrrad, Pflegestühle, Transporteinheit, Rutschbrett, Wii, Medien, uvm.)	Pflegfachperson

Plan und Meilensteine

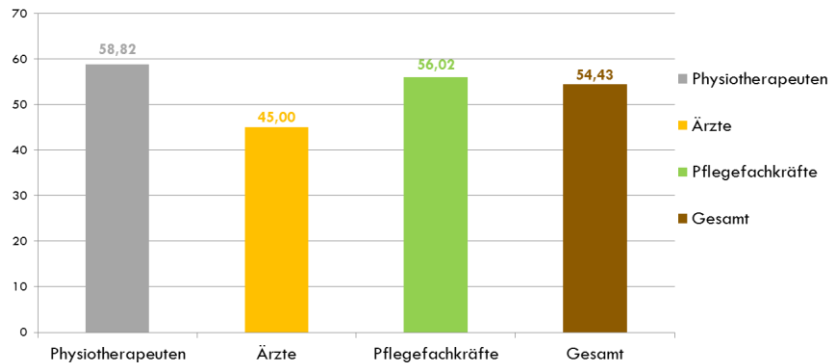
18

- Erfassung zur Mobilisation mittels Fragebogen für alle Mitarbeiter im Bereich
- Empfehlenswert ist es Hürden in der Mobilisierung, etwa fehlende Hilfsmittel, enge Patientenzimmer, unstrukturierte Tagesabläufe u.ä. zu identifizieren (vgl. Diagramme im Anhang)

Plan und Meilensteine

19

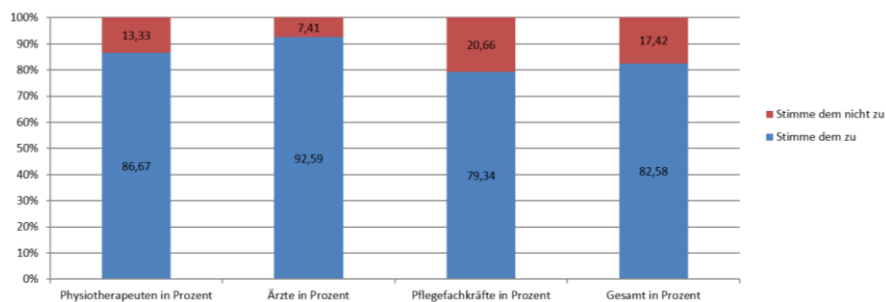
Umfragebeteiligung aller Mitarbeiter in Prozent je Arbeitsbereich



Plan und Meilensteine

20

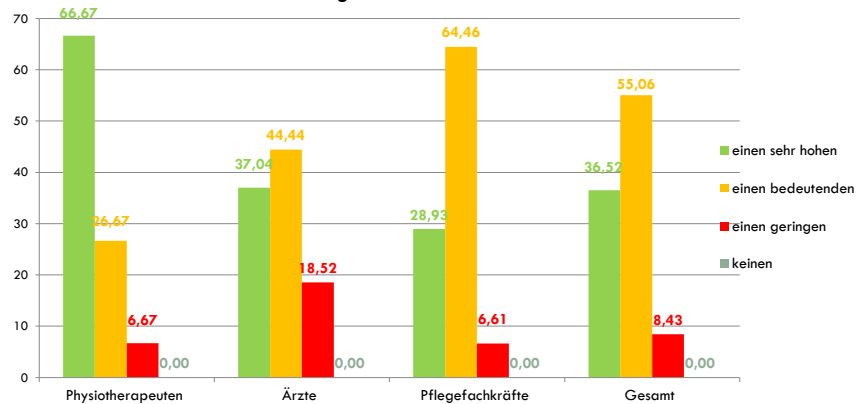
Ich sehe die Mobilisierung unserer Patientinnen und Patienten in meinem Aufgabenbereich.



Plan und Meilensteine

21

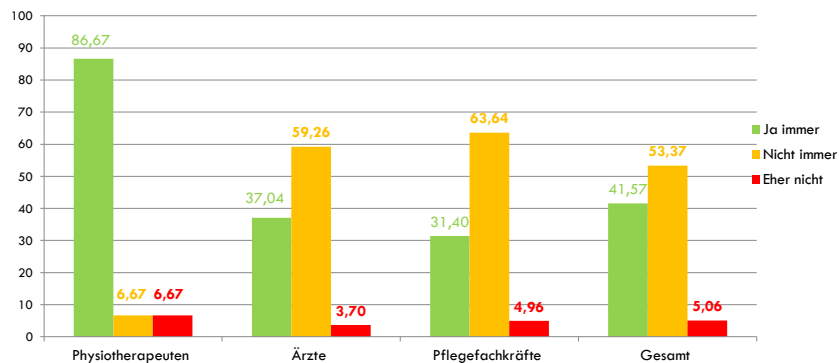
Welchen Stellenwert hat die Mobilisierung unserer Patientinnen und Patienten in Ihrer täglichen Arbeit?



Plan und Meilensteine

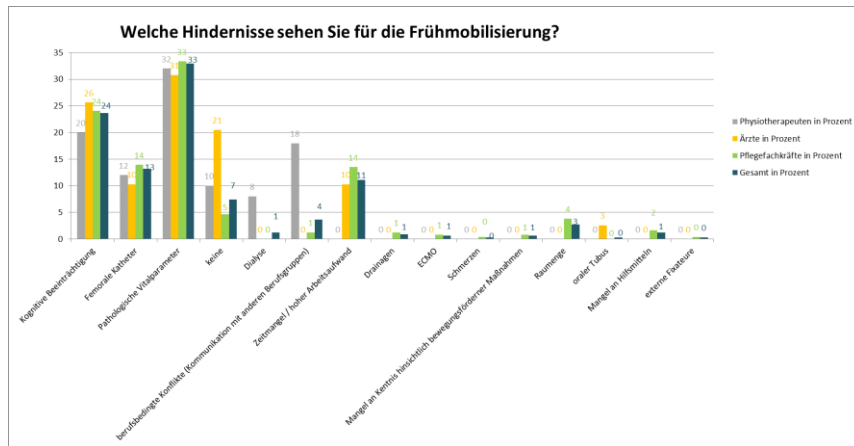
22

Wird die Frühmobilisierung in Ihre tägliche Arbeit integriert?



Plan und Meilensteine

23



Ausrüstung

24



Ausrüstung

25



Ausrüstung

26



Ausrüstung

27



Ausrüstung

28



Ausrüstung

29



30

- Sofern die Frühmobilisierung Bestandteil des (pflegerischen/interdisziplinären) Arbeitsauftrages ist, ist gleichfalls die Integration in das Pflegekonzept sinnvoll. Im Bezug zum Qualitätsmanagement muss die Entwicklung des aktuell konsentierten Expertenstandards zur Mobilität beachtet werden.

31

- Auch Angehörige sollten ausreichend über die geplanten Maßnahmen im Vorfeld informiert und ggf. integriert werden.

32

Wer kann sich vorstellen ein Konzept für
Frühmobilisierung von kritisch Kranken Menschen zu
implementieren?

Jetzt gilt es ...

33

- Sensibilisierung und innerbetriebliche Weiterbildung aller am Prozess beteiligten Akteure.
- „Machs vor - Machs nach - Machs besser“
- Reflektion der eigenen Arbeit
- Pflegebewusstsein stärken
- Erfolge darstellen (Fallvorstellungen)
- Ziele setzen, vereinbaren im Pflegeprozess

34

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit

Quellen

35

1. Asher, R.A.J. (1947): The Dangers of going to bed. In: British Medical Journal. S. 967-968
2. Engel 2013 Early Mobilization- From Recommendation to Implementation
3. Nydahl P, Rothaug O, Flohr H-J, (2010): Gehen mit beatmeten Patienten. Pflegen Intensiv 1: 21-25
4. Sessler CN, Gosnell MS, Grap MJ, Brophy GM, O'Neal PV, Keane KA, Tesoro EP, Elswick RK.: The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. Am J Respir Crit Care Med. 2002 Nov 15; 166(10):1338-44.
5. Payen JF et al. Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. Crit Care Med 2001; 29:2258-63. (modifiziert)

Kontakt

36

Danny Schuchhardt
 Krankenpfleger / Pflegeberater ICW
 E-Mail: cdschuchhardt@gmail.com