



Kinaesthetics Infant Handling

Positionsunterstützung in Oberkörperhochlage

Im Gespräch: Monique Meyer und Ute Kirov

Fotos: Monique Meyer

Die Gestaltung der Oberkörperhochlage ist nicht nur in der Intensivpflege von Kindern immer wieder eine Herausforderung. Viele Faktoren spielen eine Rolle. Im folgenden Gespräch werden die Komplexität dieser Positionsunterstützung und die Notwendigkeit der Zusammenarbeit aller Beteiligten auf Augenhöhe für das Gelingen einer passenden Unterstützung jedes einzelnen Kindes deutlich.

Kirov: Im Rahmen deiner Facharbeit in der Weiterbildung «Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege» hast du dich intensiv mit der Oberkörperhochlage in der Intensivpflege von Kindern beschäftigt. Wann und warum ist eine Positionsunterstützung notwendig?

Meyer: Kinder mit erhöhtem Pflegebedarf, die in oder auch außerhalb der Intensivpflege betreut werden, benötigen meist eine Unterstützung in ihrer jeweiligen Position. Sei es im Rollstuhl, beim Essen oder auch zur Unterstützung der Atmung des Kindes. Diese Kinder können meist keine adäquaten Positionswechsel selbst vornehmen. Es ist ihnen auch meist nicht möglich, in der Position, in der sie, warum auch immer, sein müssen, ohne zusätzliche Unterstützung ihr Gewicht «gut» an die Unterstützungsfläche abzugeben. Kinder müssen noch lernen, ihr Gewicht in der Schwerkraft zu kontrollieren. Kranken oder pflegebedürftigen Kindern ist dies kaum bis gar nicht möglich. Deshalb braucht es uns Pflegende, die den Kindern adäquate Hilfestellung geben und sie in ihrer Position unterstützen.

Kirov: Was meinst du mit «das Gewicht gut abgeben können»?

Meyer: Jeder Mensch befindet sich immer in irgendeiner Position und leitet sein Gewicht mehr oder weniger über seine Knochenstruktur zum Stuhl oder Boden. Oder dorthin, wo er sich gerade befindet. Wenn Menschen ihr Gewicht halten müssen, sind ihre Muskeln sehr angespannt. Das kann jeder einmal ausprobieren. Wenn man die Beine beispielsweise ein wenig vom Boden anhebt, entsteht im ganzen Körper eine hohe Spannung. Wenn Kinder ihr Gewicht halten müssen, haben sie auch eine hohe Spannung und das ist nicht das, was unser Ziel sein sollte.

Kirov: Weil sie ihre Muskeln zum Beispiel für ihre Atmung brauchen ...

Meyer: Genau! Sie können dann aber auch andere Aktivitäten nicht so gut oder gar nicht ausführen. Ein Kind mit einer hohen Spannung ist nicht nur in seiner

Atmung, Verdauung oder Ausscheidung eingeschränkt. Es wird mit einer hohen Spannung nicht schreiben, «schlecht» essen oder kaum schlafen können. Alle Aktivitäten des täglichen Lebens bedürfen sicherlich Spannungsveränderungen, aber nicht einer dauerhaft hohen Spannung. Und wenn diese durch eine «mangelhafte» Positionsunterstützung verstärkt wird, ist dies ein maximaler Grund etwas zu verändern und zu optimieren.

Kirov: *Du beschäftigst dich seit längerem ganz speziell mit der Oberkörperhochlage und der Unterstützung der Kinder in dieser Position. Was bedeutet «Oberkörperhochlage» in der Intensivpflege?*

Meyer: Die Oberkörperhochlage ist eine Form der Positionsunterstützung (allgemein als «Lagerung» bezeichnet), bei der mittels eines Kopfteiles oder geeigneter Hilfsmittel, eine Beugung im Bereich des Hüftgelenkes erfolgt. Der Oberkörper bleibt hierbei aufgerichtet. Die Neigung ist abhängig von der Toleranz der PatientIn, der technischen Umsetzbarkeit und der Problematik der PatientIn.

Kirov: *Warum ist das dein Thema?*

Meyer: Die Positionierung in Oberkörperhochlage ist in der Intensivpflege immer wieder notwendig, um das Kind beim Atmen, Verdauen oder Essen zu unterstützen, oder die verschiedensten pflegerischen, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen durchzuführen.

Die Positionierung und damit auch die Gestaltung der Positionsunterstützung obliegen dem Aufgabenbereich der Pflegenden. Umso mehr bedarf es der Kompetenz der Pflegenden, die Kinder adäquat in der Oberkörperhochlage zu unterstützen. Ich kann mit meinem Unterstützungsangebot die Atmung des Kindes entweder positiv oder negativ beeinflussen. Je nachdem, wie intensiv ich mich mit dem Thema «Was ist wirklich eine Positionierung in Oberkörperhochlage?» beschäftigt habe.

Ich sehe in meiner Arbeit auf meiner oder auch anderen Stationen und Kliniken, dass die Gestaltung der Oberkörperhochlage der Kinder sehr unterschiedlich und aus meiner Sicht oft mangelhaft ist. Auch das Mobiliar, das uns zur Verfügung steht, in unserem Fall die Betten, ist wenig bis gar nicht geeignet, den Kindern eine adäquate Oberkörperhochlage zu ermöglichen.

Kirov: *Die Gestaltung der Oberkörperhochlage für ein Kind ist eine hochkomplexe Angelegenheit und nicht selten eine Herausforderung für Pflegende.*

Meyer: Ja. In meinen Kinaesthetics-Kursen thematisiere ich dies auch immer. Entscheidend ist nicht nur, dass das Kind seine Körperteile ablegen kann und trotzdem noch beweglich ist. Entscheidend ist auch, dass der Oberkörper (der Brustkorb und der Kopf) höher als das Becken liegen. Und genau darin liegt die Herausforderung. Die Beugung sollte in der funktionalen Körpermitte sein und nicht in der Taille oder innerhalb des Brustkorbes oder sonst irgendwo.

Kirov: *... in der funktionalen Körpermitte?*

Meyer: Ja! Die funktionale Körpermitte liegt im Zwischenraum «Leiste». Das ist der Bereich in unserer Anatomie, in dem wir gut beugen können, ohne die Funktion der Organe zu behindern. Wenn man zum Beispiel «zusammengerutscht» auf einem Stuhl sitzt, ist die Wirbelsäule stark gebeugt und die Atmung, im Unterschied zum aufrechten Sitzen, eher beeinträchtigt. Der Bauchraum und die sich darin befindenden Organe werden zusammengedrückt. Dann haben zum Beispiel der Darm und die Atemmuskulatur nicht genügend Raum. Sie werden in ihrer Funktion behindert. Im Alltag sehe ich aber oft, dass die Beugung im Bauchnabelbereich oder manchmal auch noch weiter oben gestaltet wird.

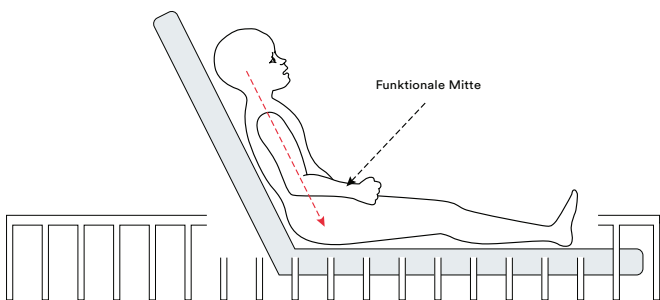
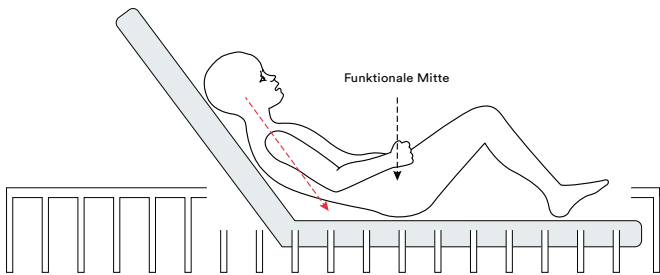
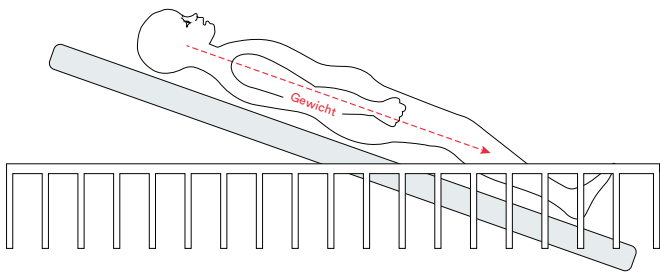
Kirov: *Nicht selten wird auch versucht, die Oberkörperhochlage durch Schrägstellen der gesamten Liegefläche zu erreichen.*

Meyer: Dieses Schrägstellen der Liegefläche wird auch «Anti-Trendelenburg-Lagerung» genannt. Hierbei sind die Füße am tiefsten und der Kopf am höchsten. Diese Form der Positionsunterstützung entspricht nicht der Physiologie des Menschen. Auch dies thematisiere ich immer in meinen Kinaesthetics-Kursen und -Schulungen. Ich habe noch keine TeilnehmerIn erlebt, die diese Schräglage als positiv, im Sinne von beispielsweise atemunterstützend, reflektiert hat.

Man baut Spannung auf und hat die ganze Zeit das Gefühl, man rutscht. Dies ist in keinsten Weise förderlich für Atmung und Verdauung. Jeder, der einmal an einem Hang gezeltet hat oder auf einer schrägen Wiese gelegen hat, wird dies sicherlich gut nachvollziehen können.

Auch wenn Pflegende versuchen, das Rutschen des Kindes mit Hilfsmitteln am Becken zu «stoppen», zieht die Schwerkraft das Gewicht in Richtung der Füße.





Kirov: Kinder haben auch andere Proportionen und Gewichtsverhältnisse als Erwachsene. Je kleiner oder jünger das Kind ist, desto bedeutsamer ist dies in der Oberkörperhochlagerung.

Meyer: Ja, je nach Alter des Kindes ist der Kopf proportional größer und schwerer als der Brustkorb und dieser ist schwerer als das Becken. Durch das «Stoppen» am Becken rutscht das Kind in sich zusammen. Das heißt, durch das Wirken der Schwerkraft rutschen der schwere Kopf und der Brustkorb in die Zwischenräume Hals und Taille – mit der entsprechenden Wirkung auf die Funktionsfähigkeit der inneren Organe.

Im Rahmen meiner Facharbeit zu diesem Thema habe ich unzählige wissenschaftliche Schriften, Studien und Leitfäden gelesen. Dort wird interessanterweise zu den unterschiedlichen Krankheitsbildern immer eine «Oberkörperhochlagerung» und nie die «Anti-Trendelenburg-Lagerung» empfohlen.

Kirov: Kannst du zusammenfassend noch einmal sagen, worauf bei der Positionsunterstützung in Oberkörperhochlagerung geachtet werden sollte?

Meyer: Grundsätzlich sollte eine Oberkörperhochlagerung mindestens 20 bis 30 Grad Neigung betragen. Das wird auf der Basis von Studien und wissenschaftlichen Pflegeforschungen empfohlen. Ich sehe jedoch, dass diese sehr oft deutlich flacher gestaltet wird. Zu flach, um bei den unterschiedlichen Krankheitsbildern hilfreich zu sein. Die Beugung sollte im Bereich des Zwischenraumes «Leiste» sein. Die Kinder sollten das Gewicht aller Massen (Körperteile) abgeben können und nicht rutschen. Manchmal wünschte ich mir so etwas wie eine Richtlinie, wo diese Regeln festgelegt sind.

Kirov: Warum dies?

Meyer: Es gibt, wenn man so will, keine wirkliche Beschreibung einer Oberkörperhochlagerung. Jede Pflegenden gestaltet sie unterschiedlich. Mal flacher, mal höher, mal die Beugung im Brustbereich, mal ganz woanders ... Das ist auch ein Grund, warum die vorhandenen Studien eigentlich nicht direkt miteinander vergleichbar sind.

Eine Richtlinie wäre für alle in der Hinsicht verbindlich, diese Grundregeln zu beachten. Jede, die ein Kind in der Oberkörperhochlagerung unterstützt, muss sie kennen und die Wirkung ihrer Unterstützung reflektieren können. Und hier meine ich nicht ausschließlich die Pflegenden, sondern auch fachübergreifend andere Berufsgruppen, die Kinder unterstützen und begleiten. Dann würden wir eine Sprache sprechen

und begründen können, warum was in dieser Situation und bei diesem Kind notwendig ist. Jedes Kind ist bekanntlich individuell. Die unterschiedlichen Größen und Gewichtsverhältnisse der Kinder sind eine große Herausforderung. Und da sind die Möglichkeiten, die die Rahmenbedingungen hergeben, oft sehr hinderlich oder machen eine adäquate Oberkörperhochlage schlichtweg unmöglich.

Kirov: *Wie meinst du das?*

Meyer: Während die Positionsunterstützung von Säuglingen zwar auch eine Herausforderung, aber mit viel Pflegekompetenz durch Hilfsmittel gut «machbar» ist, ist es beispielsweise schlicht unmöglich, eine jugendliche PatientIn adäquat in eine Oberkörperhochlage zu bringen. Die vorhandenen Jugendbetten sind nicht an die heutige Anatomie der Jugendlichen angepasst. Die Betten sind zu kurz und der verstellbare obere Teil des Bettes viel zu knapp. Einen 16-jährigen Jugendlichen mit einer Körpergröße von 1,90 Meter kann ich nicht durch untergelegte Tücher in eine hilfreiche Oberkörperhochlage bringen. In meiner Auseinandersetzung zu meiner Facharbeit war ich auf der Suche nach geeigneten Betten für unsere jugendlichen PatientInnen mit den unterschiedlichsten Firmen im Kontakt. Fehlanzeige. Auch die Gitterbetten für Kinder ab circa einem Jahr haben keine verstellbaren Kopfteile mehr. Das wird aber gebraucht, denn Handtücher oder ähnliche Hilfsmittel sind ungeeignet für größere Kinder. Ich denke, in diesem Bereich muss sich dringend etwas ändern. Die Kompetenz der Pflegenden ist wirklich wichtig, aber es braucht diesbezüglich auch mehr Aufmerksamkeit seitens der Hersteller.

Kirov: *Oder mehr Aufmerksamkeit von Seiten der Kliniken, welche Anforderungen sie an die Hersteller stellen. Ich wage zu behaupten, dass die Hersteller von Pflegebetten für Kinder nicht immer auf dem neuesten Stand der Entwicklung sind. Warum auch, wenn die Pflege nicht das einfordert, was hilfreich ist und gebraucht wird?*

Meyer: Ja, dafür braucht es wieder die Kompetenz der Pflegenden. Sie müssen reflektieren und nach außen begründen können, warum welche Veränderungen an den Betten notwendig sind. Die eine Firma wollte mich gleich als Außendienstmitarbeiterin einstellen, weil ich so «rumdiskutiert» habe. Ich konnte meine Argumente stichhaltig begründen und das fanden sie sehr hilfreich.

Kirov: *Wie können Pflegende diese Kompetenz lernen?*

Meyer: Das eine ist eine Verbindlichkeit möglicherweise durch eine Richtlinie. Und natürlich durch Kinaesthetics-Basiskurse, Schulungen, gegenseitigen Austausch und ein Sich-aufmerksam-Machen. Positionsunterstützung ist Pflegeaufgabe, aber es braucht auch die gegenseitige Akzeptanz anderer Berufsgruppen. Ich finde es auch ganz wichtig, dass die ÄrztIn versteht, warum die Pflegende es so tut und nicht anders. Genauso wie Pflegende verstehen müssen, warum die ÄrztIn beispielsweise eine Therapie anordnet. Es braucht eine Zusammenarbeit aller auf Augenhöhe. Ich kann nur mit den ÄrztInnen auf Augenhöhe diskutieren, wenn ich kompetent bin zu verstehen, was ich wie tue und dieses auch begründen kann.

Kirov: *Ich danke dir für das Gespräch.* ●



Monique Meyer ist Fachkinderkrankenschwester für Anästhesie und Pädiatrische Intensivpflege und Kinaesthetics Infant Handling Trainerin Stufe 3.

LQ



kinaesthetics – zirkuläres denken – lebensqualität

In der Zeitschrift LQ können die LeserInnen am Knowhow teilhaben, das Kinaesthetics-AnwenderInnen und Kinaesthetics-TrainerInnen in zahllosen Projekten und im Praxisalltag gesammelt haben. Ergebnisse aus der Forschung und Entwicklung werden hier in verständlicher Art und Weise zugänglich gemacht. Es wird zusammengeführt. Es wird auseinander dividiert. Unterschiede werden deutlich gemacht. Neu entdeckte Sachverhalte werden dargestellt und beleuchtet. Fragen werden gestellt. Geschichten werden erzählt.

Die LQ leistet einen Beitrag zum gemeinsamen analogen und digitalen Lernen.

Bestellen Sie die Zeitschrift LQ unter www.verlag-lq.net oder per Post

verlag lebensqualität
nordring 20
ch-8854 siebnen

verlag@pro-lq.net
www.verlag-lq.net
+41 55 450 25 10



Print-Ausgaben plus Zugang zur Online-Plattform



Bestellung Abonnement LQ – kinaesthetics – zirkuläres denken – lebensqualität

Ich schenke lebensqualität

- mir selbst
- einer anderen Person

Meine Adresse:

Vorname _____

Name _____

Firma _____

Adresse _____

PLZ _____ Ort _____

Land _____

eMail _____

Geschenkabonnement für:

Vorname _____

Name _____

Firma _____

Adresse _____

PLZ _____ Ort _____

Land _____

eMail _____