

Tobias Kraft, Ina Nitschke

Sicheres Umsetzen vom Rollstuhl in den Behandlungsstuhl*

In Zukunft werden viele Patienten in der zahnärztlichen Praxis zu den Senioren gehören. Hierbei handelt es sich um eine äußerst heterogene Gruppe, deren Angehörige sehr unterschiedliche kognitive und/oder körperliche Einschränkungen aufweisen. Ein Teil der Senioren ist auf den Rollstuhl angewiesen.

Das zahnärztliche Team muss in solchen Fällen sicherstellen, dass beim Umsetzen vom Roll- in den Behandlungsstuhl und zurück weder der Patient noch der Helfende aus dem Team Nachteile erleiden. Bei korrekter Durchführung der drei Phasen des in dem Beitrag vorgestellten kompensatorischen Transfers kann der Patient sicher umgesetzt werden.

Ausgangssituation

Ein Teil der Senioren ist im Alltag auf die Benutzung eines Rollstuhls angewiesen. Die Gründe dafür können vielschichtig sein, aber vor allem die zu beobachtende Abnahme der Zahnverluste im höheren Lebensalter führt insofern zu Problemen, als sich nicht alle Befunde bei diesen Senioren im Rollstuhl behandeln lassen. Somit ergibt sich sowohl für den Behandler als auch für die anderen Mitglieder des zahnärztlichen Teams die Notwendigkeit, Patienten beim Umsetzen vom Rollstuhl in den Behandlungsstuhl zu unterstützen. Dabei sind einige Hinweise zu beachten, um zum einen ein Hinfallen des Patienten bzw. der Person, die beim Umsetzen hilft, zu verhindern und zum anderen auch den Rücken des Helfenden zu schonen.

Der kompensatorische Transfer

Multimorbide Patienten, die vorübergehend oder dauerhaft auf einen Rollstuhl angewiesen sind, benötigen meistens eine sichere Hilfestellung bei den Bewegungsübergängen vom Rollstuhl in den zahnärztlichen Behandlungsstuhl. Oft ist diesen Personen ein selbstständiges Stehen nur in geringem Maße möglich,

so dass aufgrund der erhöhten Sturzgefahr beim Umsetzen in einen Behandlungsstuhl Bedarf an externer Unterstützung und Führung besteht.

In der Ergotherapie wurde eine Vielzahl von Möglichkeiten erarbeitet, um die Patienten sicher zu transferieren. Der „kompensatorische Transfer“ lässt sich schnell erlernen und bietet nach einiger Übung sowohl dem Patienten als auch dem mit der Durchführung betrauten Personal ein hohes Maß an Sicherheit. Diese Transfervariante ist bei schwerer betroffenen Patienten, die keine Stehfähigkeit besitzen oder über keine ausreichende Rumpfkontrolle für einen freien Sitz verfügen, zu empfehlen. Im Folgenden soll das Procedere näher beschrieben werden.

Vorbereitungsphase

Grundsätzlich wird bei der Transferdurchführung Platz für den Rollstuhl und ggf. helfende Personen benötigt. Es ist also ratsam, den Schwenkarm und die Lampe der Behandlungseinheit aus dem Aktionsbereich zu entfernen, um Bewegungsspielraum zu schaffen.

Zunächst wird der Rollstuhl seitlich in einer 70-Grad-Stellung zum Behandlungsstuhl positioniert (Abb. 1). Die Bremsen des Rollstuhls müssen festgestellt werden, damit der Rollstuhl sich nicht ungewollt hin und her bewegen

* Der Artikel ist erstmalig erschienen in der Quintessenz 2008;59:81-85.



Abb. 1 Rollstuhl seitlich in einer 70-Grad-Stellung zum Behandlungsstuhl positionieren.



Abb. 2 Beide Bremsen des Rollstuhls sind unbedingt festzustellen.



Abb. 3 Die meisten Rollstuhlbremshebel lassen sich abnehmen. Um Verletzungsgefahr zu vermeiden, sollten diese entfernt werden.



Abb. 4 Fußstützen sind nach dem Feststellen der Bremsen zu entfernen. Die Beine sollten festen Kontakt mit dem Boden haben.

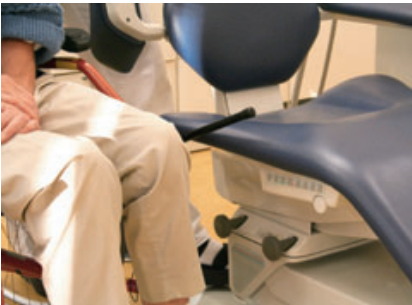


Abb. 5 Die Sitzhöhe des Behandlungsstuhls sollte auf gleicher Höhe mit der Rollstuhlsitzfläche sein.



Abb. 6 Die Entfernung der Seitenlehne des Rollstuhls kann für das spätere Transferieren sinnvoll sein.



Abb. 7 Der Patient beugt den Oberkörper etwas nach vorne, wobei die helfende Person für eine Führung sorgt, indem sie mit der einen Hand am Kreuzbein und mit der anderen Hand zwischen den Schultern einen leichten Druck ausübt.

kann. Es sind beide Bremsen des Rollstuhls zu benutzen (Abb. 2). Die meisten Rollstuhlbremshebel lassen sich abnehmen. Um Verletzungsgefahr zu vermeiden, sollten diese entfernt werden (Abb. 3).

Einige Rollstühle besitzen Fußstützen, auf denen der Patient seine Beine während des Sitzens abstellt. Diese Fußstützen sollten nun ebenfalls entfernt werden, so dass die Beine festen Kontakt mit dem Boden haben. Möglicherweise ist dazu die Hilfe des Personals erforderlich, wenn der zu Transferierende die Stützen nicht selbstständig entfernen kann (Abb. 4).

Die Sitzhöhe der Behandlungseinheit sollte möglichst auf gleiche Höhe mit der Rollstuhlsitzfläche eingestellt werden (Abb. 5). Je nach Erkrankung oder Störungsbild des Patienten kann die Entfernung der Seitenlehne des Rollstuhls notwendig sein, damit diese beim Transfer nicht hinderlich ist (Abb. 6).

Durchführungsphase

Der Patient beugt den Oberkörper etwas nach vorne. Dabei sorgt die helfende Person für eine Führung, indem sie mit der einen Hand am Kreuzbein und mit der anderen Hand zwischen den Schultern einen leichten Druck ausübt (Abb. 7).

Nun muss der Patient im Rollstuhl nach vorne rutschen. Wird dabei Unterstützung benötigt, gibt die helfende Person erneut Führungshilfe. Durch abwechselnde Gewichtsverlagerung auf eine Gesäßseite und durch Führen der anderen Gesäßseite nach vorne (so genannter Schinkengang) wird der Patient schrittweise bis an die Stuhl-/Rollstuhlkante gebracht (Abb. 8 bis 10).

Der Oberkörper des Patienten wird anschließend weiter nach vorne gebeugt, bis der Druckpunkt am Kreuzbein entlastet ist. Dabei gilt: „Nicht heben, sondern hebeln!“ Um dies zu garantieren, ist es wichtig, dass die Knie

des Patienten sich senkrecht auf der Höhe seiner Fußzehen befinden. Wären die Knie dahinter, würde die Hebelwirkung dadurch aufgehoben werden. Unter Berücksichtigung der Waage-Bewegung werden nun die physikalischen Gesetze genutzt, um die eigenen Kräfte und den Rücken zu schonen (Abb. 11a).

Das Gesäß des Patienten hebt sich leicht von der Sitzfläche ab, so dass der Unterkörper nun auf den nebenstehenden Behandlungsstuhl geschwenkt werden kann. Dabei sichern die Knie des Helfers die Knie des Patienten (Abb. 11b). Mit einer Hand wird Führungshilfe an einer Gesäßseite gegeben, während die Schwenkbewegung mit der anderen Hand am Oberkörper unterstützt wird (Abb. 11c).

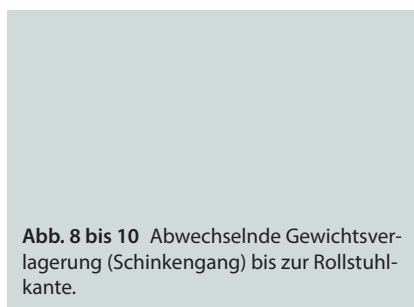


Abb. 8 bis 10 Abwechselnde Gewichtsverlagerung (Schinkengang) bis zur Rollstuhlkante.



Nachbereitungsphase

Noch ist der Transfer nicht vollendet, denn die Beine des Patienten müssen noch auf das Fußsteil des Zahnarztstuhls gehoben werden. Eventuell muss der Patient dabei geführt werden (Abb. 12). Hilfreich kann es sein, ihm eine stabile Möglichkeit des Festhaltens zu bieten, z. B. die Seitenlehnen der Behandlungseinheit.

Weitere Hinweise zum sicheren Transferieren

Beim Transferieren von Patienten, bei denen z. B. Trachealkanülen, Nasensonden oder Magensonden gelegt worden sind, ist besondere Vorsicht geboten. Diese können beim Umsetzen in die Behandlungseinheit eine Quelle für Verletzungsgefahren darstellen. In solchen Fällen sollte Rücksprache mit den Angehörigen oder dem zuständigen medizinischen Personal gehalten werden, um zu klären, wie bei dem jeweiligen Patienten am besten vorzugehen ist.

Bei Schlaganfallpatienten muss gesondert die Erforderlichkeit eines

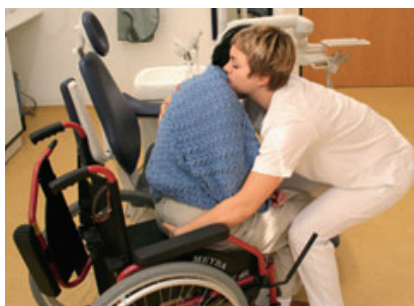


Abb. 11a Nun wird der Oberkörper des Patienten weiter nach vorne gebeugt, bis der Druckpunkt am Kreuzbein entlastet ist: „Nicht Heben, sondern Hebeln!“ Berücksichtigung der Waage-Bewegung, um die eigenen Kräfte und den Rücken zu schonen.



Abb. 11b Dabei sichern die Knie des Helfers die Knie des Patienten.



Abb. 11c Das Gesäß des Patienten hebt sich von der Sitzfläche ab, und der Unterkörper kann auf den Behandlungsstuhl geschwenkt werden. Sicherung durch die Knie des Helfers.



Abb. 12 Die Beine des Patienten müssen noch auf das Fußsteil des Zahnarztstuhls gehoben werden, wobei der Patient eventuell geführt werden muss.



Abb. 13 Um Verletzungen zu vermeiden oder bereits erworbene Schädigungen in den Gelenkstrukturen zu schonen, ist es wichtig, dass bei Schlaganfallpatienten der gelähmte Arm während der Behandlung auf einem Kissen gelagert wird.



Abb. 14 Wird der Patient wieder zurück in den Rollstuhl transferiert, kann eine dritte Person, die den Rollstuhl stabilisiert, zusätzliche Sicherheit bieten und dessen Wegrutschen verhindern.

Transfers geklärt werden. Einige Schlaganfallpatienten können am Pushersyndrom (engl.: to push = drücken) leiden. Dies ist eine Störung der Wahrnehmung, bei der sich die Patienten von ihrer weniger betroffenen Seite wegdrücken und sich damit selbst aus dem Gleichgewicht bringen. Andere Schlaganfallbetroffene können einen so genannten Neglect haben, eine Aufmerksamkeitsstörung, bei der der Patient Probleme mit der visuellen Wahrnehmung oder der Wahrnehmung seines eigenen Körpers hat. Bei dieser Patientenklientel besteht eine deutlich erhöhte Sturzgefahr, so dass hier von einem Transfer eher abgesehen werden sollte.

Ein weiterer Aspekt bei Schlaganfallpatienten ist die Lagerung des hemiparetischen Armes. Um Verletzungen zu vermeiden oder bereits erworbene Schädigungen in den Gelenkstrukturen zu schonen, ist es wichtig, dass der Arm während der Behandlung auf einem Kissen gelagert wird (Abb. 13).

Wenn der Patient wieder zurück in den Rollstuhl transferiert wird, kann eine dritte Person, die den Rollstuhl stabilisiert, zusätzliche Sicherheit bieten und dessen Wegrutschen verhindern (Abb. 14).

Transfer – eine Aufgabe für die Mitglieder des zahnärztlichen Teams

Der kompensatorische Transfer stellt ohne weitere Hilfsmittel eine Möglichkeit dar, den Patienten sicher in und aus dem Behandlungsstuhl zu befördern. Diese Sicherheit hat erste Priorität, da Stürze mit Verletzungen den Vorteil einer möglichen zahnmedizinischen Therapie nicht rechtfertigen. Es ist den Mitgliedern des zahnärztlichen Teams zu empfehlen, den Transfer zunächst untereinander zu üben und das Erlernte dann unter der Anleitung

eines Therapeuten bei einem Rollstuhlfahrer umzusetzen.

Ein professionelles Auftreten des zahnärztlichen Teams zeigt sich für einen Patienten nicht nur in der Qualität der zahnmedizinischen Versorgung, sondern auch im Umgang mit seinen körperlichen und kognitiven Einschränkungen. Nur eine gute und individuell angepasste Betreuung der Senioren wird dazu führen, dass die Kontaktraten dieser Patientengruppe zur zahnärztlichen Praxis auch im höheren Alter konstant bleiben, was zurzeit nicht der Realität entspricht.

SZM

Autoren

Tobias Kraft

Ergotherapeut • Forschungsgruppe Geriatrie der
Charité am
Evangelischen Geriatriezentrum Berlin
Reinickendorfer Straße 61 • 13347 Berlin
E-Mail: tobias.kraft@charite.de



Prof. Dr. Ina Nitschke, MPH

Präsidentin der Deutschen
Gesellschaft für AlterszahnMedizin
E-Mail: ina.nitschke@dgaz.org