

Transfer von Patienten mit besonderen Bedürfnissen

Der Transfer von Patienten mit besonderen Bedürfnissen in der zahnärztlichen Praxis, beispielsweise **vom Rollstuhl in den Behandlungsstuhl und zurück**, ist in der Regel kein Problem. Das Vorgehen muss aber im Team eingeübt sein und für jeden Patienten gewissenhaft vorbereitet werden.

Text und Fotos: Prof. Dr. Christian E. Besimo, Seeklinik Brunnen

Die Vorbereitung betrifft nicht nur die räumliche Organisation und die Bereitstellung von Hilfsmitteln, sondern auch die Instruktion und Führung der Patienten. Dabei muss gerade bei kognitiver Einschränkung auf die vorhandenen Ressourcen (Hören, Sehen, räumliche und zeitliche Orientierung, Denken,

Verstehen usw.) Rücksicht genommen werden. Es sollte beim Transfer von in der Beweglichkeit eingeschränkten Patienten immer daran gedacht werden, dass die Kraftanstrengung umso grösser ist, desto schneller und auf engerem Raum eine Bewegung ausgeführt werden muss.

Die folgende Bilderserie beschreibt den in der Zahnarztpraxis typischen Transfer vom Rollstuhl in den Behandlungsstuhl. Für die Bilddokumentation wurde mit Absicht ein kleines Behandlungszimmer mit engen räumlichen Verhältnissen ausgewählt, um die Notwendigkeit der guten Organisation zu unterstreichen.



Patiententransfer

Im Behandlungszimmer wird Platz geschaffen für den Rollstuhl (Abb. 1).



Die Begrüssung der Patientin erfolgt auf Augenhöhe. Der Weg ins Behandlungszimmer wird vorbesprochen (Abb. 2).

Im Behandlungszimmer wird der Rollstuhl neben dem Behandlungsstuhl platziert, und die Bremsen werden angezogen. Die Sitzhöhe des Behandlungsstuhls wird auf diejenige des Rollstuhls eingestellt. Dabei kommt die Sitzfläche des Behandlungsstuhls mit Vorteil etwas tiefer zu liegen (Abb. 3).



Die Fussstützen werden entfernt. Dabei müssen die Beine gestützt werden (Abb. 4 und 5).



Die dem Behandlungsstuhl zugewandte Armlehne wird ebenfalls abmontiert (Abb. 6).

Soweit es die Selbstständigkeit zulässt, führt die Patientin den Transfer auf den Behandlungsstuhl ohne zusätzliche Hilfe aus. Der Spalt zwischen den Sitzflächen sowie das Rollstuhlrad können mit einem Kissen oder einer gefalteten Decke abgedeckt werden (Abb. 7).





Ist Unterstützung notwendig, so stabilisiert die betreuende Person die Kniegelenke der Patientin durch seitliches Anlegen der eigenen Beine. Kniegelenk gegen Kniegelenk kann schmerzhaft sein und soll deshalb vermieden werden. Die betreuende Person bückt sich etwas nach vorne, sodass die Patientin mit ihren Armen den Nacken umfassen kann. Die betreuende Person fasst die Patientin mit beiden Händen an den Hüften oder unter den Armen hindurch an den Schultern (Abb. 8).

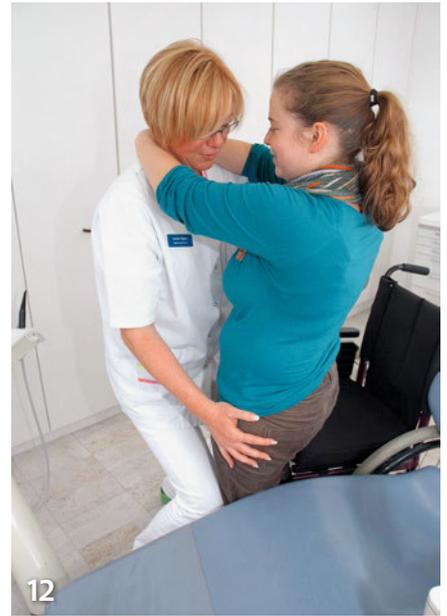
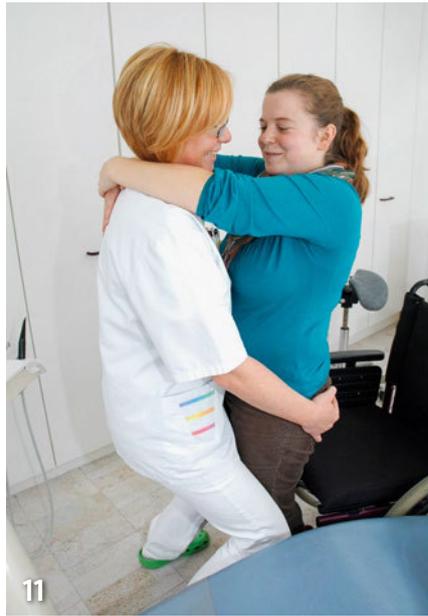


Besteht beispielsweise eine Hemiplegie, so wird der gelähmte Arm stabilisiert, sodass er bei der Bewegung der Patientin nicht unkontrolliert herunterfällt. Die Patientin umfasst in diesem Fall den Nacken der betreuenden Person nur mit dem in der Beweglichkeit nicht eingeschränkten Arm (Abb. 9).



Vor dem Aufstehen verlagert die betreuende Person ihr Schwergewicht etwas nach hinten. Entsprechend beugt sich die Patientin nach vorne (Abb. 10). Auf diese Weise ist es möglich, ohne viel Kraftaufwand langsam und sicher aufzustehen.

Die Drehung zum Behandlungsstuhl wird mit kleinen Wiegeschritten durchgeführt (Abb. 11 bis 13).



Ist dies nicht möglich, so kann ein Drehbrett benutzt werden, das die Drehung wesentlich erleichtert. Das Drehbrett wird vor der Mobilisation unter die Füße der Patientin gelegt (Abb. 14).





Vor dem Hinsetzen der Patientin auf den Behandlungsstuhl ist es wichtig, dass die betreuende Person erneut ihr Schwerkraftgewicht etwas nach hinten verlagert, um das Gleichgewicht nicht zu verlieren und die Bewegung kontrollieren zu können (Abb. 15). Auf dem Stuhl dreht sich die Patientin auf den Rücken, unterstützt an Hüfte oder Schultern. Zum Abschluss werden noch die Beine auf das Fussteil des Behandlungsstuhls gelegt (Abb. 16).

Merke: Alle diese Massnahmen müssen im für die Patientin richtigen Rahmen vorbesprochen werden.



Ein wirksames Hilfsmittel für den Patiententransfer stellt auch ein stabiles Brett mit Handgriff dar (Abb. 17).



Das Brett wird etwas unter das Gesäss der Patientin geschoben. Die betreuende Person setzt sich auf das Fussende des Behandlungsstuhls und fasst die Patientin an der Hüfte. Nun kann die Patientin soweit es geht mit eigener Unterstützung langsam auf den Behandlungsstuhl bewegt werden. Die Patientin hält das Brett am Griff fest (Abb. 18).



Bei Hemiplegie, in der vorliegenden Situation eine linksseitige, wird der Rollstuhl so positioniert, dass die gelähmte Körperseite zur Seite des Behandlungsstuhls orientiert wird. Die betreuende Person setzt sich auf den Behandlungsstuhl und legt das gelähmte Bein der Patientin über den eigenen Oberschenkel. Der gelähmte Arm wird mit der einen Hand stabilisiert. Die andere Hand umfasst die Patientin. Nun kann durch kleine Rutschbewegungen der Transfer auf den Behandlungsstuhl erfolgen. Die Patientin unterstützt die Bewegung, soweit möglich, mit dem gesunden Arm (Abb. 19).

Diskussion

Die dargestellten Methoden für den Patiententransfer vom Rollstuhl in den Behandlungsstuhl und zurück haben sich in der Praxis sehr gut bewährt (POSNICK & MARTIN 1977, FELDER ET AL. 1988). Man muss sich allerdings bewusst sein, dass jede Mobilisation des Patienten vom Rollstuhl mit Risiken und mit Unbehagen von Seiten des Patienten und der betreuenden Person verbunden sein kann. Deshalb stellt sich in jeder Situation die Frage, ob diagnostische und therapeutische Massnahmen nicht sicherer und besser direkt im Rollstuhl durchgeführt werden, sofern die Behandlungselemente des Behandlungsstuhls dies zulassen. Hierzu hat sich die Verwendung von am Rollstuhl zu befestigenden Kopfstützen bestens bewährt. In diesem Zusammenhang ist das

Bewusstsein wichtig, dass sich Rollstuhlfahrer beim Transfer sehr verletzlich fühlen können und diesen deshalb lieber vermeiden. Zudem kommt es immer wieder vor, dass Patienten mit zu geringer Beweglichkeit und Muskelspannung keine stabile Sitzposition im Behandlungsstuhl halten können und wegrutschen. Schliesslich wird auch das Behandlungsteam bei fehlender Erfahrung und Übung eine Behandlung im Rollstuhl vorziehen. Ist ein Transfer trotzdem unumgänglich, so bieten die Techniken in sitzender Position mehr Sicherheit. In jedem Fall ist der Transfer mit einer Nähe verbunden, welche die normale Distanz zwischen Menschen deutlich unterschreitet und deshalb im Voraus klar, aber mit dem individuell notwendigen Einfühlungsvermögen kommuniziert werden muss.

Sind die notwendigen Ressourcen vorhanden und fühlt sich der Patient zum selbstständigen Transfer befähigt, so ist es von Vorteil, diesen ihm selbst zu überlassen, eventuell unterstützt durch kleine Hilfeleistungen vonseiten des Behandlungsteams, insbesondere was die Einstellung der gewünschten Position des Behandlungsstuhls oder die Übernahme von die Bewegung einschränkenden Rollstuhlteilen wie Beinstützen oder Armlehnen betrifft.

Natürlich steht der Patiententransfer erst am Ende eines langen und oft äusserst hindernisreichen Weges in die zahnärztliche Praxis. Deshalb ist es wichtig, dass auch Zugang und Innenausbau der Praxis barrierefrei gestaltet sind. Einige wichtige Gesichtspunkte seien deshalb der Vollständigkeit halber dieser Arbeit hinzugefügt (LUDWIG 2012, NITSCHKE ET AL. 2015):

- sichtbare, kontrastreiche Ausschilde-
rung der Praxis
- breite Parkplätze, die Menschen mit
besonderen Bedürfnissen vorenthalten
sind
- Zugang und Innenausbau der Praxis
ohne Treppen und Schwellen
- Rampen mit geringer Steigung für Roll-
stuhlfahrer
- rollstuhlgerechter Fahrstuhl
- automatische Türöffnung
- rutschfeste Böden
- Handläufe im Gangbereich
- gute Ausleuchtung aller Gehflächen
- kontrastreiche Beschriftungen mit
grossen Buchstaben
- Empfangstresen teilweise in Tischhöhe
für die Kommunikation mit Rollstuhl-
fahrern auf Augenhöhe

- rollstuhlgerechte Toiletten mit geeig-
neten Griffen und Notknopf
- stabil stehende Stühle mit Armlehnen
im Wartebereich und in den Behand-
lungszimmern
- Behandlungsstuhl mit mobiler Instru-
mentenanordnung für Behandlungen
im Rollstuhl
- Behandlungsstuhl mit Einstiegsmög-
lichkeit in sitzender Position
- Lesehilfen, Lagerungskissen und
Decken

Für weiter gehende Informationen stehen verschiedene Beratungsstellen zur Verfü-
gung (BRÖNNIMANN 2014):

- Proinfirmis: Bauen für alle –
Beratung für hindernisfreies Bauen:
www.proinfirmis.ch
- Schweizerische Fachstelle für behin-
dertengerechtes Bauen:
www.hindernisfrei-bauen.ch
- Zugang für alle: Barrierefreiheit:
www.acces-for-all.ch

Verdankung

Der Autor dankt Sandra Bissig, Dental-
assistentin, für die Übernahme der
Patientenrolle, Nicole Spirig, Pflege-
fachfrau, für die Durchführung des
Patiententransfers und Dr. Karl Kobelt
für die Unterstützung bei der Foto-
dokumentation.

Literatur

- BRÖNNIMANN R: Barrierefreie Praxis. Dent-
arena 3: 4–5 (2014)
- FELDER R S, GILLETTE V M, LESEBERG K: Wheel-
chair transfer techniques for the dental office.
Spec Care Dentist 8: 256–259 (1988)
- LUDWIG E: Barrierefreiheit. ZMK 28: 638–646
(2012)
- NITSCHKE I, STILLHART A, KUNZE J: Zur Inan-
spruchnahme zahnmedizinischer Dienstleistun-
gen im Alter. SDJ 125: 475–490 (2015)
- POSNICK W R, MARTIN H H: Wheel chair transfer
techniques for the dental office. J Am Dent
Assoc 94: 719–722 (1977)