

Heimhilfeberufsausbildung
Lernbehelf im Fach
GRUNDZÜGE DER ERGONOMIE UND MOBILISATION

1

Autorinnen/Autoren:

KOLAR, Cornelia
SCHERTLER, Michaela
SCHNEIDER, Mandy
URSCHEL, Alexander
WALLA, Lukas
PUCHNER, Günter

Version: Juni 2019



Inhaltsverzeichnis	Seite
Teil 1: Mobilisation	5
Physiotherapie	5
Mobilisation	5
Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit	6
Bedeutung der Bewegung	6
Physiologische Bewegungsabläufe	7
Pathologische (krankhaft veränderte) Bewegungsabläufe	7
Kontrolle des Allgemeinzustandes des Patienten vor allen Maßnahmen	9
Der Umgang mit den Patienten	9
Betreuungsintervention unter Berücksichtigung von	9
Apoplexie	9
Halbseitenlähmung	10
Neglect	11
Polyarthritis	11
Arthrose	11
Gelenkersatz, Totalendoprothesen	12
Ergonomische Arbeitsweise und Arbeitsplatzgestaltung	12
Unterstützen des Patienten beim Gehen, Sitzen und bei Transfers	13
Sicherung des Patienten	13
Hilfsmittel für den Transfer	14
Positionierungen	15
Bettlägerig oder Bettruhe?	16
Praktische Übungen	16
Gehen	16
Transfer	16
Positionierungen eines Hemiplegie-Patienten	17



Inhaltsverzeichnis	Seite
Teil 2: Ergonomie	18
Begriffserklärung	18
Ergotherapie	19
Ergonomie	19
Hilfsmittel – Definition	20
Information über die Beschaffung von Hilfsmitteln	20
Hilfsmittel für das Gehen	21
Gehhilfen	24
Einstellung der richtigen Höhe	24
Unterschiedliche Gehhilfen und deren Verwendung	25
Unterarmstützkrücken	25
Arthritisstützkrücken	25
Vierpunktstock	26
Reziprokes Gehgestell	26
Rollmobil	27
Rollator	27
Stiegensteigen mit 2 Unterarmstützkrücken	28
Der Rollstuhl	29
Arten von Rollstühlen	29
Transportrollstuhl	29
Toilettenrollstuhl/Duschrollstuhl	29
Standardrollstuhl	30
Aktivrollstuhl/Sportrollstuhl	30
Hemiplegikerrollstuhl	31
Kinderrollstuhl	31
Elektrorollstuhl	32
Multifunktionsrollstuhl	32



WIENER ROTES KREUZ

AKADEMIE

Therapietisch	33
Rollstuhlanpassung	33
Sitzbreite	33
Sitztiefe	33
Rückenlehne	33
Unterschenkellänge	34
Allgemeines zum Rollstuhl	34
Fahren mit dem Rollstuhl	35
Überwinden von Gehsteigkanten oder einer Stufe	35
Stufe nach oben	36
Stufe nach unten	36
Pullover anziehen bei Hemiparese	37



TEIL 1: MOBILISATION

PHYSIOTHERAPIE

Die Physiotherapie sorgt mit Behandlungen und entsprechenden Übungen für eine gute und natürliche Funktion des Körpers. Nahezu alle Strukturen und Teile des Menschen wie Muskeln, Sehnen, Bänder, Nerven, auch die inneren Organe werden befundet, die Funktionen bewertet und gegebenenfalls behandelt. Die Therapeuten verwenden hier neben den eigenen Händen auch Licht, Wärme, Kälte, Wasser, Strom, Ultraschall und einiges mehr. Durch gezielt und genau dosierte Reize werden Funktionen optimiert und verbessert, der Körper trainiert.

MOBILISATION

Die Mobilisation ist jede Bewegung des Patienten, mit oder ohne Hilfe, in seinem Alltag, auch bei der Körperpflege, der Positionierung. Die Bewegung ist für unseren Körper sehr wichtig. Sie verhindert die Schädigung des Körpers und unterstützt neben der Arbeit der inneren Organe auch die psychische Gesundheit. Die korrekt ausgeführte Mobilisation hilft dem Patienten und ist jedenfalls auch ein wichtiger Teil der Therapie. Die korrekten Techniken, um sicher und ohne Gefahr für den Klienten und für sich selbst zu arbeiten, sind zu erlernen und trainieren.



BEDEUTUNG DER INTERDISziPLINÄREN ZUSAMMENARBEIT

Interdisziplinäre Zusammenarbeit beschreibt das gemeinsame, vernetzte Arbeiten der verschiedenen Berufsgruppen, also Ärzte, Pflege, Therapeuten, Hilfsmittelversorger, Hilfsdienste, Ämter, um den Patienten optimal zu betreuen und versorgen. Wichtig ist eine genaue und detaillierte Kommunikation dieser Gruppen, meist schriftlich über die lückenlose Dokumentation, über Assessments und weitere individuelle Formulare. Stationär gibt es meist regelmäßige Besprechungen. Es werden neben dem aktuellen Befinden des Patienten auch Themen für die Entlassung besprochen, ob sich der Klient zuhause selbst versorgen kann oder Hilfe bzw. Hilfsmittel organisiert werden müssen.

BEDEUTUNG DER BEWEGUNG

Bewegung ist für unseren Körper und auch für unseren Geist, für unser Gehirn sehr wichtig. Der Stoffwechsel wird gefördert, der Blutkreislauf unterstützt, Muskeln erhalten, die Gelenke bleiben beweglich wie auch die Wirbelsäule, unsere Koordination und unser Gleichgewicht sind geschult. Auch die Psyche wird positiv beeinflusst, unsere Stimmungslage. Die inneren Organe benötigen Bewegung, um gut arbeiten zu können. Ist die selbständige Bewegung aufgrund von Erkrankungen oder Einschränkungen nur mehr in geringem Ausmaß oder gar nicht mehr möglich, so wird der Patient von Pflegern und Therapeuten durchbewegt. Nicht zuletzt sind möglichst frei bewegliche Gelenke unumgänglich für die gründliche und auch schmerzfreie Körperpflege.

Die Körperwahrnehmung ist Basis der Koordination. Ich spüre meinen Körper, meine Umgebung und kann so interagieren, mich im Raum orientieren und die entsprechenden Bewegungen und Aktionen setzen. Bei Krankheit oder Immobilität unterstützen Mobilisierung und auch Körperkontakt durch die Hilfspersonen, diese Körperwahrnehmung nicht zu verlieren.



PHYSIOLOGISCHE BEWEGUNGSABLÄUFE

sind die natürlichen Bewegungen, die der „gesunde“ Mensch in seinem Alltag, ausführt. Es gibt keinerlei Behinderung des Körpers, die Gelenke, Muskeln und Nerven arbeiten optimal, wir können uns frei bewegen ohne Einschränkungen. Sind Teile dieses Systems gestört durch Verletzung, Krankheit oder Schmerz, kommt es zu...

PATHOLOGISCHE (KRANKHAFT VERÄNDERTE) BEWEGUNGSABLÄUFE

Wir hinken, können uns wegen Schmerzen im Rücken nicht bücken oder aufrichten, schaffen es nicht, die Tasse aus dem hohen Regal zu nehmen, weil die Schulter bei einem Sturz verletzt wurde und nun nicht mehr voll beweglich ist.

Oft kann nicht eindeutig festgestellt werden, ob die Bewegung nun physiologisch oder pathologisch ist, da jeder Mensch seine eigenen Muster entwickelt und auch Gewohnheiten. Unpassende Kleidung kann die Bewegungsmuster ebenso pathologisch verändern.

Die Förderung der allgemeinen Beweglichkeit wie auch der guten Muskelarbeit sind wichtig für das perfekte Funktionieren unseres Körpers und erfordern lebenslanges Training und auch Erlernen von Techniken zur Bewältigung verschiedener körperlicher Aufgaben wie das ergonomisch richtige Transferieren eines Patienten zum Beispiel vom Bett in einen Sessel.

Unsere dem Menschen eigene Art, auf zwei Beinen zu gehen, unseren hohen Körper auf zwei recht kleinen Flächen, unseren Füßen, zu balancieren, ist für uns eine große Herausforderung. Wir erarbeiten in unserem ersten Lebensjahr diesen Gang, der sich entwickelt, jahrelang recht gleichbleibt und sich dann im Alter meist wieder verändert.



Gehen ist dem Tanzen sehr ähnlich, wir zeigen Rhythmus bei unseren Schritten, setzen die Füße sehr genau, abhängig vom Boden, nicht zu breit und nicht zu schmal, die Schrittlänge ist in der Ebene immer gleich. Unsere Arme pendeln vor und zurück, bringen Bewegung auch in unsere Wirbelsäule. Bei jedem Schritt, in jedem Augenblick muss sich unser Körper anpassen, muss Gelenke richtigstellen und Muskeln in absolut genaue Spannung bringen, damit wir nicht sofort stürzen. Ein perfekt arbeitendes System, das in Sekundenbruchteilen eine unglaubliche Menge an Informationen verarbeitet und Einstellungen vornimmt.

Die Beobachtung eines Menschen, wie er geht, und sich bewegt, erlaubt eine sehr gute erste Einschätzung, ob es irgendwo Probleme gibt in seinem Bewegungsapparat, ja sogar bei den Organen.

Nehmen Sie sich doch ein wenig Zeit und beobachten Sie auf einer gut besuchten Straße die Leute, vergleichen Sie die vielen verschiedenen Arten des Gehens.

Um im Gleichgewicht zu bleiben, ist es also nötig, unseren Körperschwerpunkt immer in diesem Viereck zu halten, dass wir um unsere Füße zeichnen würden, egal, ob wir nun stehen, gehen, uns setzen wollen oder aufstehen. Unsere Haltung wird immer angepasst.

Mal muss der Oberkörper aufrecht sein, mal weit nach vor gebeugt mit angewinkelten Kniegelenken.

Beim alten Menschen sieht man oft die gekrümmte Brustwirbelsäule mit gleichzeitig überstrecktem Nacken, die Hüftgelenke können ebenso nicht mehr ganz gestreckt werden, er sieht vielleicht nicht mehr gut, das Gefühl in den Beinen ist herabgesetzt.

Schwächere Muskeln, unbeweglichere Gelenke, Unsicherheit führen zu dem uns bekannten Bild.



KONTROLLE DES ALLGEMEINZUSTANDES DES PATIENTEN VOR ALLEN MAßNAHMEN

- **Atmung**, gleichmäßig ruhig oder in hoher Frequenz und flach?
- **Sauerstoffsättigung** im Blut, blaue Lippen und Fingernägel?
- **Schweiß**, kalt und plötzlich auftretend?
- **Temperatur**, ist die Haut warm oder unnatürlich kalt, heiß?
- **Blutdruck**, Puls, sind die Werte im Normbereich laut Arzt?
- **Blick**, zielgerichtet oder „ins Leere“, suchend?
- **Sprache**, Kommunikation, klar, orientiert oder verwaschen, ungewöhnlich?

9

Bei den meisten Menschen ist die Aktivierung vor Beginn der Pflege, der Transfers hilfreich und wichtig, um die Körperfunktionen „hochzufahren“. Einfache Übungen wie Bewegen aller Extremitäten vor dem Aufsetzen aktivieren vor allem das Herz-Kreislauf-System. Vor dem Aufstehen soll der Patient ein paar Minuten sitzen. Dies verhindert ein Absacken des Blutes in die Beine, gibt den Arterien Zeit, sich an die neue Lage anzupassen.

DER UMGANG MIT DEN PATIENTEN

- Richtige Anwendung der Hilfsmittel
- Richtige Patientensicherung

BETREUUNGSINTERVENTION UNTER BERÜKSICHTIGUNG VON

APOPLEXIE

Apoplexie bedeutet Durchblutungsstörung und somit Sauerstoffunterversorgung eines Organs, hier des Gehirns mit Gewebsuntergang. Meist wird diese Schädigung als Insult oder Schlaganfall bezeichnet.

Durch die teilweise Zerstörung des Gehirns können Patienten an verschiedenen Störungen leiden. Generell kann man sagen, bei Schädigung der linken Gehirnhälfte ist die rechte Körperhälfte betroffen und umgekehrt.



HALBSEITENLÄHMUNG, AUCH HEMIPLEGIE

Der Patient kann eine Körperhälfte nicht bewegen und hat auch meist keine Sensibilität darin.

Die Lähmung kann schlaff oder spastisch sein.

Es ist im Zuge der Betreuung sehr wichtig, die betroffene Körperseite in die ADLs, die Aktionen des täglichen Lebens, mit einzubeziehen. Der Patient soll dazu angehalten werden, über diese Körperseite zu arbeiten, um so seine Körperwahrnehmung zu schulen. Natürlich sind diese Maßnahmen sehr individuell in Zusammenarbeit mit dem Patienten anzuwenden.

Dinge, die der Patient benötigt sollen auf seiner betroffenen Seite bereitgestellt werden wie Getränke und diverse Geräte, die er benutzen möchte. Auch ein Beistelltisch, das Nachkasterl findet sich hier. Nach Möglichkeit ist das Zimmer so eingerichtet, dass Türe, TV-Gerät über die plegische, die betroffene Körperseite gesehen werden.

Beachten Sie jedenfalls den Lauf der Sonne, wenn Sie einen Patienten an einen Platz setzen. Eine Ausnahme stellt der Neglect dar, hier sollten die Gegenstände zumindest noch im wahrnehmbaren Bereich der betroffenen Seite des Patienten platziert sein.

Da viele ADLs mit nur einer Hand sehr schwer auszuführen sind, kennt die Ergotherapie eine große Palette an speziellen Hilfsmitteln. Versuchen Sie doch, mit nur einer Hand ein Stück Brot abzuschneiden, ohne der Möglichkeit, den Laib gleichzeitig festzuhalten...

Zur Beachtung: Diese Regeln gelten nicht oder nur sehr eingeschränkt für Patienten, die an einem Neglect leiden.



NEGLECT

Der Patient hat die Wahrnehmung der betroffenen Körperseite komplett verloren, er weiß nicht, dass er z. B. einen linken Arm, ein linkes Bein hat. Auch nimmt er seine Umwelt auf seiner linken Seite nur sehr eingeschränkt oder gar nicht wahr.

11

POLYARTHRITIS

Bei dieser Erkrankung sind mehrere Gelenke des Körpers in mehr oder weniger regelmäßigen Abständen entzündet. Diese Entzündungen setzen Stoffe frei, die das Gelenk, besonders die Knorpelschicht, Schritt für Schritt zerstören. Die Patienten bekommen meist ein Medikament, um diese Entzündungen möglichst nicht entstehen zu lassen und, im akuten Fall, die aktive Entzündung so schnell wie möglich zu stoppen.

ARTHROSE

Ist der Knorpel im Gelenk zerstört, spricht man von einer Arthrose. Diese Zerstörung der Gleitschicht kann neben der Arthritis auch Fehlbelastungen oder angeborene Fehlstellungen zur Ursache haben. Kleine Schäden können, besonders im Kniegelenk, repariert werden, größere Läsionen haben meist die Implantation eines Gelenkersatzes zur Folge.

Sind die Finger- und Handgelenke betroffen, ist der Patient in seinen ADLs oft sehr eingeschränkt. Abhilfe schaffen hier viele spezielle Hilfsmittel der Ergotherapie wie auch eine entsprechende Schienenversorgung.



GELENKSERSATZ, TOTALENDOPROTHESEN

Ist ein Gelenk irreparabel geschädigt, wird oft eine Prothese, ein Gelenksersatz operativ implantiert. Die vom Arzt vorgeschriebene Zeit und Intensität der Entlastung sowie die verordneten Hilfsmittel müssen jedenfalls eingehalten werden, um eine Schädigung des neuen Gelenks zu verhindern. Besonders nach Schulter-, Knie- und Hüftoperationen gibt es auch ein nicht zu überschreitendes Bewegungsausmaß.

ERGONOMISCHE ARBEITSWEISE UND ARBEITSPLATZGESTALTUNG

Die Ergonomie beschreibt das Verhältnis verschiedener Dinge zueinander und das richtige Verhalten, um mit möglichst wenig Energie und ohne Schädigung unseres Körpers **unsere** Arbeit bestmöglich auszuführen.

- So soll der Sessel die richtige Höhe haben und zum Tisch passen
- Der Monitor darauf steht in der optimalen Ausrichtung zu unseren Augen, die Füße stehen gut am Boden
- Unsere Arme können auf Armlehnen abgelegt werden, der Rücken ist gut gestützt von der Rückenlehne, das Licht kommt aus der richtigen Richtung
- Die Bedienungseinrichtungen einer Maschine befinden sich an der Stelle, sodass das Gerät gefahrlos und sicher bedient werden kann
- Unsere Arbeit ist sicher für uns und für den Patienten
- Alle nötigen Hilfsmittel sind vorbereitet und gut erreichbar
- Wir achten auf guten Stand, auf die korrekte Position, unser Rücken ist gestreckt, die Griffe optimal gesetzt
- Bewegungen, Transfers werden zuerst geplant und dann ausgeführt
- Ziehen ist besser als Schieben
- Rutschen ist besser als Heben
- Verwenden Sie vorhandene Hilfsmittel nach korrekter Einschulung



UNTERSTÜTZUNG DES PATIENTEN BEIM GEHEN, SITZEN UND BEI TRANSFERS

Die wichtigsten Grundlagen:

- Hilfspersonen ziehen den Patienten niemals an den Extremitäten, an Armen oder Beinen. Besonders das Schultergelenk kann hierbei schnell verletzt werden, da es sich um ein rein muskelgesichertes Gelenk handelt.
- Beim Drehen von Seitlage in Rückenlage und retour erfolgt die Drehung en bloc, die Wirbelsäule wird nicht verdreht. Schultergürtel und Becken drehen zur selben Zeit in dieselbe Richtung. Vorsicht auf die Arme des Patienten und auch den Kopf.
- Die Hilfsperson hat immer guten Körperkontakt zum Patienten, die Griffe sind nahe am Gelenk gesetzt oder am Oberkörper. Je sicherer der Patient ist, desto mehr „Freiheit“ kann ihm gewährt werden, desto weniger Sicherung benötigt er.
- Treten plötzlich Schmerzen auf oder Unwohlsein, ist es meist am besten, die jeweilige Tätigkeit zu unterbrechen.

13

SICHERUNG DES PATIENTEN

Die wichtigsten Sicherungspunkte am Körper des Patienten sind das Brustbein, das Kreuzbein und die Kniegelenke. Die Hilfsperson hat die vordere Hand oberhalb der Brust, die hintere ein wenig über dem Gesäß und kontrolliert mit ihrem Knie ein Kniegelenk des Patienten. Die Griffe sind großflächig gesetzt. Da sich die Hilfsperson nahe intimer Zonen des Patienten befindet, ist die entsprechende Kommunikation sehr wichtig, wie auch der höchst respektvolle Umgang.

Transfer ist jede Lageänderung des Patienten, also von Rückenlage in Seitlage in den Sitz in den Stand...und natürlich auch wieder zurück.

Die **Mobilisation** ist jegliche Bewegung des Patienten, auch Bettübungen, Durchbewegen usw.



HILFSMITTEL FÜR DEN TRANSFER

Ein sehr wichtiges Hilfsmittel ist das **Pflegebett**. Die Höhe des Bettes kann auf die Arbeitshöhe des Helfenden eingestellt werden und ermöglicht das ergonomische Arbeiten. Auch verfügen die meisten Modelle über die Funktionen, Kopf- und Fußteil hoch und runter zu stellen beziehungsweise ihren Neigungswinkel zu verändern.

14

Um den Patienten im Bett zu bewegen, ist das beste Hilfsmittel die richtige Technik des Helfenden, vielleicht auch das Leintuch oder, falls vorhanden, der **Patientenlifter**, mit dem die Person mittels eines Kranes gehoben wird.

Der **Easy-Belt** ist ein Gürtel mit Griffschlaufen, den der Patient umschnallen kann und der Hilfsperson einen guten, sicheren Griff beim Transfer ermöglicht.

Um die Drehung der Füße des Patienten am Boden zu erleichtern, kann ein **Drehteller** verwendet werden. Hierbei ist jedoch größte Vorsicht angebracht.

Das **Rutschbrett** kann als Brücke zwischen zwei Sitzgelegenheiten angewandt werden, um den Patienten mit wenig Kraftaufwand zu transferieren. Er rutscht einfach von A nach B.

Das **Trapez, der Haltegriff** an einem Krankenbett kann gut eingesetzt werden beim Positionswechsel im Bett, ist auch ein gutes Training für die Arme, oder den Rücken. Ungeeignet ist der Griff jedoch beim Aufsetzen und Niederlegen, da die Kraftwirkung nicht optimal gelenkt und der Rücken stark verdreht und überstreckt wird.



POSITIONIERUNGEN

Welche Position der Patient einnimmt oder wie er positioniert wird, entscheidet sich sowohl aufgrund der medizinischen Notwendigkeit als auch der persönlichen Vorlieben und des Wohlbefindens. Die optimale Positionierung unterstützt, ohne einzuhängen und mögliche Bewegung, Selbständigkeit zu behindern.

15

Eine wichtige Grundlage der Positionierung ist, dass die Gelenke nicht in Endstellung, also nicht komplett gebeugt oder gestreckt sein dürfen. Dies kann Schmerzen verursachen und im schlimmsten Fall das Gelenk auch verletzen oder dislozieren, also ausrenken.

- **Rückenlage**, meist mit Unterlagerung der Kniegelenke
- **Stufenlagerung**, sehr gut bei Rückenschmerzen
- **Oberkörper 45°** aufrecht, bei Atemproblemen und Sodbrennen
- **Seitlage**, auch etwas nach hinten oder etwas nach vorne geneigt möglich – die Positionierung des Schulterblattes immer beachten
- **Embryonalstellung**, entlastet die Wirbelsäule und kann auch Geborgenheit geben
- **Bauchlage**, im therapeutischen Bereich
- **Sitzend**, im Bett, Querbett, im Sessel, bei Tisch



BETTLÄGERIG ODER BETTRUHE?

Bettlägerige Patienten können aufgrund ihres Allgemeinzustandes das Bett nicht verlassen.

Die **Bettruhe** ist vom Arzt angeordnet.

Bettlägerige Patienten müssen jedenfalls alle **2 bis 3 Stunden umpositioniert** werden, um folgende Risikofaktoren möglichst auszuschließen und die **Prophylaxen** anzuwenden:

16

PRAKTISCHE ÜBUNGEN

Patientensicherung im Stand, Sitz-Stand-Gehen

GEHEN

- 2 UAK-3 Punkt Gang
- 2 UAK-4/2 Punkt Gang
- Rollmobil
- Reziprokes Gehgestell

Benutzung des Rollstuhls (Leichtgewichts- und Multifunktionsrollstuhl)

TRANSFER

- Im Bett, hinauf, hinunter, zur Seite
- Rückenlage-Seitlage-Rückenlage
- Rückenlage-Seitlage-Querbettsitz-Seitlage-Rückenlage
- Querbettsitz-Sessel (Sitz-Sitz)
- Querbettsitz-Rollstuhl



WIENER ROTES KREUZ

AKADEMIE

POSITIONIERUNGEN EINES HEMIPLEGIE-PATIENTEN

- Rückenlage
- Seitlage auf der betroffenen Seite
- Seitlage auf der nichtbetroffenen Seite
- Sitz bei Tisch



TEIL 2: ERGONOMIE

BEGRIFFSERKLÄRUNG

Ziel der Ergonomie ist es, die Arbeitsbedingungen, den Arbeitsablauf, die Anordnung der zu greifenden Gegenstände (Werkstück, Werkzeug, Halbzeug) räumlich und zeitlich optimiert anzuordnen sowie die Arbeitsgeräte für eine Aufgabe so zu optimieren, dass das Arbeitsergebnis (qualitativ und wirtschaftlich) optimal wird und die arbeitenden Menschen möglichst wenig ermüden oder gar geschädigt werden, auch wenn sie die Arbeit über Jahre hinweg ausüben.

Hierbei ist es wichtig, dass unsere Gelenke im Alltag möglichst gelenkschonend eingesetzt werden. Ziel vom Gelenkschutz ist es Schmerzen und Gelenksveränderungen zu verhindern und Belastungen zu vermeiden oder reduzieren. Die physiologische Gelenksfunktion soll so lange wie möglich erhalten bleiben. In der Ergonomie kann zwischen einer Verhaltens- und Verhältnisergonomie unterschieden werden. In der Verhaltenseronomie passt der Patient sein Verhalten an, um beispielsweise Schmerzen und Gelenksfehlstellungen hintanzuhalten. In der Verhältnisergonomie werden Arbeitsplatz und -utensilien den Bedürfnissen des Patienten angepasst oder Hilfsmittel eingesetzt.



ERGOTHERAPIE

Die Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters, die aufgrund körperlicher und/oder geistiger Beeinträchtigungen in ihrer Selbständigkeit eingeschränkt sind.

Der Ergotherapeut trainiert mit dem Patienten Bewegungsabläufe, die Reihenfolge von Tätigkeiten einer bestimmten Handlung, die Körperpflege, An- und Auskleiden, die ADLs, die Aktivitäten des täglichen Lebens, aber auch das Gedächtnis.

19

Die hierzu nötigen und sinnvollen Hilfsmittel werden nach den Bedürfnissen des Patienten ausgewählt, der Patient im richtigen Umgang geschult.

Er lernt, das System seines Körpers mit allen Gegebenheiten in seiner Umgebung optimal zu nutzen. Die Selbständigkeit wirkt sich meist auch positiv auf die Stimmung aus und fördert das Selbstvertrauen.

ERGONOMIE

Die Ergonomie optimiert Abläufe von Tätigkeiten, aber auch Arbeitsbedingungen. Richtige Höhe des Sessels zum Tisch mit guter Beleuchtung, eine gute Positionierung des Bildschirmes gehören ebenso dazu wie, zum Beispiel in den Gesundheitsberufen, die Einstellung des Krankenbettes auf die nötige Arbeitshöhe in Verbindung mit den passenden Techniken und Bewegungen bei der Arbeit, die der Pfleger, der Helfer erlernen muss.



HILFSMITTEL - DEFINITION

Medizinische Hilfsmittel sind nach der Definition des SGB V Gegenstände, die erforderlich sind, um den Erfolg einer Krankheitsbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit sie nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen sind.

20

INFORMATION ÜBER DIE BESCHAFFUNG VON HILFSMITTELN

Die Auswahl des nötigen und geeigneten Hilfsmittels treffen Arzt, Therapeut und auch die Pflege oft gemeinsam mit dem Patienten, wobei auch die Wohnsituation unbedingt berücksichtigt werden muss. Es muss am Verordnungsschein genau angegeben werden, welches Hilfsmittel benötigt wird (z.B. Artikelnummer und exakte Körpermaße bei der Rollstuhlversorgung), die persönlichen Daten des Patienten und seine Krankenkasse. Ist das optimale Hilfsmittel ausgesucht, wird vom Arzt eine entsprechende Verordnung ausgestellt, wodurch die Kosten ganz oder teilweise von der Krankenkasse abhängig übernommen werden. Es gibt Dinge, die dem Patienten dann gehören oder auch nur gemietet sind, beispielsweise ein Krankenbett oder ein Rollstuhl. Der Klient wie auch Hilfspersonen müssen im Umgang mit den Hilfsmitteln geschult werden. Servicearbeiten oder Reparaturen dürfen ausschließlich von den entsprechenden Firmen und Technikern durchgeführt werden.

Man hat nur alle fünf Jahre Anspruch auf einen neuen Gehbehelf!!! Bei Unsicherheit, welches Hilfsmittel das passende ist, sollte es nach Möglichkeit vor der Verordnung probiert werden. Die Mobile Ergotherapie der Wiener Sozialdienste bietet im Rahmen von Hausbesuchen das Ausprobieren verschiedener Hilfsmittel an. Auch bei den Fachgeschäften besteht fallweise die Möglichkeit, Gehbehelfe zu probieren.



FALLS MAN MIT SEINEM HILFSMITTEL NICHT ZURECHTKOMMT, IST EIN UMTAUSCH NUR SEHR SCHWER MÖGLICH! KOSTEN

Je nach Krankenkasse entstehen unterschiedliche Kosten durch Selbstbehalte. Bei einigen Hilfsmitteln ist eine Bewilligung von der Krankenkasse vorab notwendig, fallweise auch ein Kostenvoranschlag und eine medizinische Begründung (z.B. bei Rollstühlen).

21

HILFSMITTEL FÜR DAS GEHEN

Die Hilfsmittel müssen immer auf die richtige Länge eingestellt werden. Der Griff befindet sich auf Höhe des Handgelenks des Patienten. Nach der Einstellung testet die Hilfsperson, ob das Gerät gut und sicher fixiert ist. Der Ellbogen soll dabei leicht gebeugt sein.

Der **Gehstock** wird von Patienten verwendet, die eigentlich nur etwas unsicher sind. Er gibt zusätzlichen Kontakt zum Boden, dient aber nicht zur Entlastung eines Beines. Die Länge des Stockes kann individuell verschieden sein. Gehstöcke gibt es in verschiedenen Ausführungen und Materialien.

Eine Sonderform ist der **4-Punkt-Stock**, ein Gehstock, der sich am Boden in 4 Füße teilt. Manchmal wird er von Hemiplegie-Patienten verwendet.

Die **Unterarmstützkrücke, UAK**, gibt aufgrund der Fixierung am Unterarm wesentlich mehr Stabilität und kann, paarweise angewendet, ein Bein vollständig entlasten. Man unterscheidet drei Gangbilder:

Dreipunkt-Gang: Beide UAK werden gemeinsam vor dem Körper abgestellt, das betroffene Bein wird zwischen den Krücken abgestellt, über die Hände wird nun voll gestützt und das nicht betroffene Bein kann beigestellt werden.



Zweipunkt / Vierpunkt-Gang: Diese beiden Gangbilder werden gemeinsam betrachtet, da sie sich nur unwesentlich unterscheiden. Die rechte UAK wird gemeinsam mit dem linken Bein vorgestellt, danach die linke Krücke mit dem rechten Bein und so weiter. Dies entspricht unserem natürlichen Gangbild.

Besonders zu beachten ist das **Bewältigen von Stufen**, wenn für ein Bein eine Entlastungsvorschrift besteht. **Unbedingt zu merken ist, geht der Patient hinauf, steigt zuerst das nicht betroffene Bein auf die nächste Stufe. Geht es trepp-ab, beginnt das betroffene Bein.**

Das **Rollmobil** ist ein Gehbelf mit 4 Rädern und zwei Feststellbremsen. Es ermöglicht Patienten mit Unsicherheit, selbständig unterwegs zu sein. Die meisten dieser Wägelchen verfügen über einen Korb und eine Sitzgelegenheit. Einzig das Bewältigen von mehr als einer Stufe ist nur schwer möglich. Außer beim Gehen müssen die Bremsen immer aktiviert sein. Das Rollmobil ist aufgrund seiner meist großen Räder auch für den Außenbereich sehr gut geeignet. Der Patient muss kognitiv in der Lage sein, die Funktion des Rollmobilis zu verstehen und rechtzeitig abbremsen zu können.

Der **Rollator** hingegen hat zwei Räder und zwei Stoppeln. Es ermöglicht Patienten mit Unsicherheit, selbständig unterwegs zu sein. Er wird Patienten gegeben, die meist ein Bein entlasten müssen, jedoch zu unsicher für die UAK sind. Dieses Gerät ist hauptsächlich für den Gebrauch auf glattem Boden gedacht, da schon kleine Unebenheiten zum Problem werden.



UAK, Rollmobil und Rollator können auch so ausgestattet sein, dass sich der Patient nicht mit den Händen, sondern mit den Unterarmen abstützen kann. Diese Lösung ist anzuwenden z. B. bei fortgeschrittener Arthrose und Arthritis der Hände.

Der **Rollstuhl** wird, je nach Ausführung für den Transport eines Patienten verwendet oder um selbständiges Fortbewegen zu ermöglichen. Die Ausstattung des Rollstuhles ist abhängig von den Bedürfnissen der Patienten und auch der Hilfspersonen.

Wird jemand nur zu einer Untersuchung geführt, reicht meist ein einfaches Modell. Der voll aktive Querschnittspatient benutzt meist einen kleinen, sehr leichten und wendigen Rollstuhl, wobei der Patient, der beispielsweise aufgrund einer Erkrankung nahezu völlig bewegungsunfähig ist, einen Multifunktionsrollstuhl benötigt. Hier können Sitzfläche, Rückenlehne, Armlehnen, Kopf- und Beinstützen manuell und manchmal sogar elektrisch verstellt werden. Rollstühle gibt es auch mit elektrischem Antrieb und vielen Zusatzfunktionen. Steht der Rollstuhl, mit dem Patienten oder auch allein, müssen die Bremsen aktiviert und der Kippschutz ausgestellt sein. Beim Fahren muss aus versicherungstechnischen Gründen der Sitzgurt stets geschlossen sein. Zusätzlich können Therapietische hilfreich sein, um den Patienten mehr Sicherheit zu geben, seine plegische Hand zu lagern oder Gegenstände in unmittelbare Nähe zu platzieren. Je nach Therapietisch (durchgängiger) muss hier eine freiheitsbeschränkend Maßnahme angemeldet werden.

Es soll jedoch immer bedacht werden, dass besonders ein einfacher Rollstuhl kein Sitzmöbel, kein Sessel ist, in dem der Patient den ganzen Tag sitzt. Wegen fehlender Polsterung besteht die Gefahr des Dekubitus, besonders an der Oberkante der Rückenlehne. Es können zusätzlich unterschiedliche Sitzpolster mitverordnet werden.



GEHHILFEN

EINSTELLUNG DER RICHTIGEN HÖHE

- Die Hilfsmittel werden an die Körpergröße der Patienten angepasst.
- Der Patient steht möglichst aufrecht, den Blick nach vorne gerichtet.
- Die Haltegriffe befinden sich bei locker hängenden Armen auf der Höhe der Handgelenke. Der Ellbogen ist leicht gebeugt.
- Die rutschhemmenden Gummikappen am unteren Ende der Gehstöcke müssen regelmäßig überprüft werden.



WIENER ROTES KREUZ

AKADEMIE

UNTERSCHIEDLICHE GEHHILFEN UND DEREN VERWENDUNG:

UNTERARM-STÜTZ-KRÜCKEN

Notizen



25

ARTHritisSTÜTZKRÜCKEN

Biegsamer Befestigungsgurt



Einstellbare Griffposition

Notizen



WIENER ROTES KREUZ

AKADEMIE

VIERPUNKTSTOCK

Notizen



26

REZIPROKES GEHGESTELL

Notizen





WIENER ROTES KREUZ

AKADEMIE

ROLLMOBIL

Notizen



27

ROLLATOR

Notizen





Stiegensteigen mit 2 Unterarmstützkräcken:

Beim Stiegensteigen muss jedenfalls das Stiegengeländer verwendet werden. Sollte es aufgrund der baulichen Gegebenheiten fehlen, so ist das Überwinden von Stiegen ohne Geländer mit zB einem Therapeuten unbedingt zu trainieren, da dies eine sehr hohe Sturzgefahr bedeutet.

28

Hinauf:

Beide Krücken in eine Hand nehmen, mit der anderen am Geländer festhalten.

Stütz auf Krücke und Geländer

Nicht betroffenes Bein hoch auf die nächste Stufe

Betroffenes Bein und Krücke nachziehen.

Hinunter:

Hand am Geländer bis zur nächsten Stufe hinunterführen

Krücke auf die nächste Stufe stellen

Betroffenes Bein hinunter

Nicht betroffenes Bein nachstellen.



WIENER ROTES KREUZ

AKADEMIE

DER ROLLSTUHL

ARTEN VON ROLLSTÜHLEN:

TRANSPORT- ROLLSTUHL

Notizen



29

TOILETTENROLLSTUHL / DUSCHROLLSTUHL

Notizen





WIENER ROTES KREUZ

AKADEMIE

STANDARD- ROLLSTUHL



Notizen

30

AKTIV- ROLLSTUHL / SPORT- ROLLSTUHL



Notizen



WIENER ROTES KREUZ

AKADEMIE

HEMIPLEGIKER- ROLLSTUHL



Notizen

31

KINDER- ROLLSTUHL /



Notizen



WIENER ROTES KREUZ

AKADEMIE

ELEKTRO- ROLLSTUHL



32

Notizen

MULTIFUNKTIONS- ROLLSTUHL



Notizen



THERAPIE-TISCH

Notizen



33

ROLLSTUHLANPASSUNG SITZBREITE

zwischen Becken und Seitenteilen sollte je eine senkrecht gestellte Hand Platz finden.

SITZTIEFE

zwischen Vorderkante und Kniekehle ca. zwei Fingerbreit Abstand.

RÜCKENLEHNE

sollte mindestens einen Fingerbreit unterhalb des Schulterblattes enden. Die Sitzstabilität hat großen Einfluss auf die Höhe der Rückenlehne (je stabiler der Rumpf, desto niedriger die Rückenbespannung)



UNTERSCHENKELLÄNGE

Kniestellung sollte 90 Grad betragen, gemessen wird von der Kniekehle bis zur Unterkante der Schuhsohle (Schuhe, Sitzkissen und Fußstütze mitrechnen). Ein Rollstuhl soll passen wie ein Schuh. Die Anpassung erfolgt an den Körper und die Fähigkeiten und Bedürfnisse des Patienten. Bei Kontrakturen der Beine sind verstellbare Fußstützen notwendig.

34

ALLGEMEINES ZUM ROLLSTUHL

Der Rollstuhl sollte eine stabile und gerade Rückenlehne haben, um eine aufrechte Sitzposition zu ermöglichen. Die Sitzfläche sollte so breit sein, dass der Rollstuhlfahrer ausreichend Platz (Winterkleidung beachten) und Bewegungsfreiheit hat und keine Druckstellen entstehen.

Zur Dekubitusprophylaxe werden spezielle Sitzkissen, z.B. ein Gelkissen, verwendet. Um das Abschnüren von Blutgefäßen und die Entstehung von Thrombosen zu verhindern, sitzt der Rollstuhlfahrer mit der gesamten Länge der Oberschenkel auf der Sitzfläche. Ein guter Rollstuhl ist eine „Sonderanfertigung“, individuell für jeden Einzelnen!

Ein Mensch, der im Rollstuhl sitzt, verfügt über einen anderen Blickwinkel als eine stehende Person - darum achten die Pflegenden darauf:

- sich bei einem Gespräch auf gleicher Höhe mit dem Klienten zu befinden, so dass er nicht zu ihnen hinaufblicken muss.
- beim Annähern an Hausecken langsam zu schieben und bei Bedarf vorausschauend zu handeln.
- Die Fußstützen eines Rollstuhles befinden sich in einigen Zentimeter Entfernung vom Fußboden und müssen vor dem Aufstehen des Klienten unbedingt hochgeklappt werden. Bei vielen Modellen kommt es sonst aufgrund der Schwerpunktverlagerung zum Vornüberkippen des Stuhles und somit zum Sturz des Klienten.



Fahren mit dem Rollstuhl

Die Fahrtrichtung ist unter normalen Umständen, also auf ebenem, geradem Boden in Blickrichtung des Patienten.

Unbedingt ist zu beachten, dass keine Kleidungsstücke, Tücher, aber auch gelockerte Verbände oder Katheterschläuche auf dem Boden schleifen, sich in den Rädern verfangen können.

Der Rollstuhl ist stets voll ausgerüstet mit den Armlehnen, Beinstützen und etwaigem Sonderzubehör (Sitzgurt und Kippschutz), um die Sicherheit zu gewährleisten. Auch soll der Patient im Auge behalten werden, um Veränderung seines Allgemeinzustandes sofort zu erkennen.

35

Geht der Weg steil bergab, ist es unbedingt anzuraten, die Steigung rückwärts zu gehen und zu überwinden. So kann einerseits der Patient nicht vornüber aus dem Rollstuhl kippen und andererseits kann die Kontrolle über den Stuhl nicht verlorengehen, auch bei Gerätebruch.

Überwinden von Gehsteigkanten oder einer Stufe

Beim Überwinden von Kanten ist unbedingt zu beachten, dass der Patient immer nach oben schaut, sowohl bei der Fahrt hinauf als auch hinunter. Folgende Abläufe gewährleisten die Sicherheit des Patienten und helfen den Helfenden.

**Stufe nach oben:**

Der Rollstuhl wird vorsichtig an die Kante herangefahren, wird gekippt und soweit weitergeschoben, bis die kleinen Vorderräder oben stehen und die großen Hinterräder an der Kante anliegen.

Nun schiebt der Helfer mit seinem Becken und einem Oberschenkel den Rollstuhl auf den Gehsteig.

Mit dieser Technik ist es nahezu nicht nötig, den Stuhl mit den Händen hochzuheben, sie erlaubt körperschonendes und ergonomisches Arbeiten.

Stufe nach unten:

Kurz vor der Kante wird der Rollstuhl gedreht. Der Helfende macht einen Schritt hinunter, stützt den Stuhl mit einem Oberschenkel und dem Becken und lässt ihn so über die Gehsteigkante hinuntergleiten. Auch hier ist das Heben mit den Händen nicht nötig.

Den Rollstuhl mit einem Patienten über mehrere Stufen zu tragen oder heben ist absolut nicht zulässig, da dafür nötige Griffe fehlen. Dies ist nur mit einem speziellen Tragesessel möglich und erlaubt.



PULLOVER ANZIEHEN BEI HEMIPARESE

- Den Pullover mit der Vorderseite auf die Oberschenkel legen, der Ausschnitt zeigt zu den Knien
- Mit dem Arm beginnen, der in der Beweglichkeit stärker eingeschränkt ist
- Der Ärmel wird auf diesem Arm bis zur Schulter hochgezogen
- Mit der beweglicheren Hand rafft der Patient den Pullover vom Bund bis zum Ausschnitt zusammen und streift ihn über den Kopf
- Den beweglicheren Arm in den Ärmel stecken
- Pullover im Rücken- und Bauchbereich nach unten ziehen



WIENER ROTES KREUZ

AKADEMIE

38