

SCHNELL UND EINFACH STABILISIEREN

Der asymmetrische Sitz. Unter Mobilisation wird oft lediglich das Sitzen im Rollstuhl oder auf der Bettkante verstanden. Dabei überfordert gerade dies viele Patienten. Der sogenannte asymmetrische Sitz ist eine gute Möglichkeit, Patienten in der akutmedizinischen und rehabilitativen Behandlung mit einfachen Mitteln wirkungsvoll zu mehr Bewegung und Stabilität zu verhelfen.

Von Gabi Jacobs und Renate Kohl

Der aus dem Bobath-Konzept stammende asymmetrische Sitz eignet sich besonders für die Mobilisation schädel- beziehungsweise hirnerkrankter Menschen in der Frühphase der akutmedizinischen und rehabilitativen Behandlung. Zu diesem Zeitpunkt können

betroffene Patienten noch nicht lange sitzen. Oft haben sie keine oder mangelnde Kopfkontrolle, sind vegetativ entgleist und kreislaufunfähig. Der asymmetrische Sitz bietet hier die Möglichkeit, den Patienten sicher in eine Vertikalisierung, also aufrechte Sitzposition, zu bringen.

Viele Vorteile für Patienten und Pflegende

Unter Mobilisation wird meist lediglich das Sitzen im Rollstuhl oder auf der Bettkante verstanden. Dabei ist gerade dies für viele Betroffene zu Therapiebeginn noch nicht leistbar.



Abb. 1 Eine Decke wird als „A“ fest an den Rumpf des Patienten anmodelliert



Abb. 2 Die Fußsohle wird mit einem Badetuch stabilisiert



Abb. 3 Handtuchrollen stabilisieren die Knie

POSITIVE ASPEKTE DES ASYMMETRISCHEN SITZES

- Beginnende Vertikalisierung
- Kreislaufstabilisierung
- Aufbau von Kernstabilität (Core-Stabilität)
- Möglichkeit für besseres Schlucken
- Lernen von Kopfkontrolle
- Dissoziation von Beinen
- Assoziation von beginnender Dynamik wie Aufstehen und Transfer
- Bereitstellung von Flektions- und Extensionstonus (durch Rotation)
- Nachlassen von verspannter ischiokruraler Muskulatur (oberschenkelrückseitige Muskeln)
- Ausreichend Stabilität für Anbahnung von Bewegung
- Refluxprophylaxe
- Erleichterte Atmung
- Möglichkeit für Aktivitäten wie Essen, Körperpflege oder Therapie

Die häufige Folge: Patienten reagieren vegetativ oder sind nicht in der Lage, sich in der Position zu halten. Dies kann sich etwa durch ein Nach vorne- oder Zur-Seite-Fallen zeigen. Der Kopf kann zudem meist nicht gehalten werden, Betroffene sinken in sich zusammen.

Der asymmetrische Sitz ist für diese Patienten einem Transfer in den Rollstuhl vorzuziehen – insbesondere dann, wenn die personelle Situation knapp ist. Im Pflegealltag ist es oft so, dass Patienten mit hypotonem Rumpf in den Rollstuhl mobilisiert werden und dort für ihre Leistungsfähigkeit viel zu lange verbleiben – teilweise bis zu zwei Stunden. So sind auf den Fluren von Rehabilitationsstationen immer wieder Patienten mit seitlich abgesacktem Rumpf, hängendem Kopf oder nach vorne gerutschtem Becken zu beobachten. Eigenmächtig können sich die Betroffenen nicht aus ihrer misslichen Lage befreien. Die Folgen dieser unsachgemäßen Mobilisation sind Schmerzen und mittelfristig bindegewebige Festigkeiten, die langfristig Kontrakturen zur Folge haben können. Der Rücktransfer ins Bett gestaltet sich für Pflegenden und Patient zudem oft sehr schwierig. Nicht selten entwickeln die Patienten Angst vor neuerlichen Transfers.

Mit dem asymmetrischen Sitz können Patienten bei beginnender Kreislaufinstabilität zügig und ohne

großen Aufwand schonend wieder in eine liegende Position gebracht werden. Die Intervention können Pflegenden allein durchführen, ohne auf Unterstützung eines Kollegen angewiesen zu sein. Für Patienten mit Kopfkontrolle und der Möglichkeit zur Partizipation, die jedoch rasch ermüden, ist diese Position ebenfalls hervorragend geeignet. Die Stellung der Gelenke zueinander bietet eine sehr dynamische Position, die sich auch für die Mundpflege, Nahrungsaufnahme oder den Empfang von Besuch eignet.

Die Durchführung

Zur Vorbereitung werden folgende Materialien bereitgestellt: drei bis vier Bettdecken, zwei normale Handtücher, ein bis zwei Badetücher, Rumpfwickel sowie Kopfkissen groß und klein. Es empfiehlt sich, dem Patienten vor der Positionierung einen Rumpfwickel anzulegen, um ihm eine Unterstützung für Rumpfaufrichtung und -halt zu bieten. Anschließend sollte der Patient soweit im Bett hochbewegt werden, dass sich der Bettknick für den Oberkörper auf Höhe der Leiste befindet. Am sichersten ist die Position, wenn das bessere Bein aus dem Bett kommt und das mehr betroffene Bein im Bett bleibt.

Der Patient wird dann in Rückenlage soweit mit dem Becken zur besseren Seite bewegt, dass das bes-

Debrisoft® Ein fester Bestandteil des Wundmanagements.

- schnell sichtbare Ergebnisse
- einfach in der Handhabung
- schmerzarm in der Anwendung



Ganz einfach
zur Suprasorb
Wundnavigator-App!



Abb. 4 (oben) Die Positionierung auf den Sitzbeinhöckern ist vorteilhaft für freie Kopfbewegung, Armbeweglichkeit, Schlucken und Atmen

Abb. 5–6 Schwer betroffene Patienten werden am Kopf mit einem Badehandtuch oder Kissen stabilisiert

sere Bein bequem mit Auflagefläche bis zur Kniekehle über die Bettkante gebracht werden kann. Der gesamte Körper liegt diagonal in sich, aber gerade im Bett.

Eine der Länge nach gelegte Decke wird als „A“ fest an den Rumpf anmodelliert (Abb. 1). Unter das im Bett verbleibende Bein wird unter den Oberschenkel eine keilförmig zusammengelegte Decke eingebracht. Die Fußsohle wird mit einem Badetuch stabilisiert (Abb. 2). Handtuchrollen stabilisieren beide Glutäen in medialer Richtung (Abb. 3). Der über die Bettkante gebrachte Fuß wird auf den Boden gestellt. Wenn das Bett nicht weit genug nach unten fahren kann, kann der Fuß auf einem kleinen Stuhl oder Hocker positioniert werden (Abb. 2). Vorteilhaft ist, wenn der Patient einen Schuh trägt, weil das dem Fuß mehr Halt gibt.

Nun wird das Kopfteil etwas hochgefahren. Zum Entstauchen der Wirbelsäule wird der Rumpf etwas wegbewegt und in die Richtung des besseren Beins gedreht, sodass der Körper wieder in sich gerade ist. Eine feste Rolle in Form einer gerollten Bettdecke stabilisiert den Rücken in dieser Position. In zwei bis drei Etappen wird der Oberkörper soweit wie möglich aufgerichtet. Manche Patienten benötigen ein gefaltetes Handtuch im Bereich der Lendenwirbelsäule, um das Becken besser aufrichten zu können. Ideal ist, wenn der Patient auf seinen Sitzbeinhöckern zum Sitzen kommt. Dies ist die beste Voraussetzung für freie Kopfbewegung, Armbeweglichkeit, Schlucken und Atmen (Abb. 4).

Schwer betroffene oder auch beatmete Patienten werden weniger weit aufgerichtet: Der Kopf wird mit einem Badehandtuch oder Kissen stabilisiert und so vor dem Fallen nach vorne oder zur Seite geschützt (Abb. 5–6).

Die Arme werden mit den Ellbogen so dicht wie möglich neben dem Rumpf positioniert. Damit der Patient nicht aus dem Bett herausrutschen kann, kann beispielsweise ein Therapietisch mit angezogenen Bremsen neben dem Bett positio-

niert werden. Dies gibt dem Lagerungsmaterial nochmals Halt.

Was noch zu beachten ist

Die Position ist für unruhige Patienten ungeeignet, da bei diesen Sturzgefahr besteht. Wichtig ist, dass der Patient grundsätzlich so sicher stabilisiert ist, dass er nicht aus dem Bett kippen kann.

Prinzipiell kann die Position zu jeder Seite hin eingenommen werden. Gerade bei in Beugung ziehenden hypertonen Beinen hat sich gezeigt, dass es sich günstig auf diese auswirkt, wenn das stärker in Beugung ziehende Bein aus dem Bett gebracht wird.

Bei Patienten mit schon besserer Core-Stabilität konnte beobachtet werden, dass sie diese Position als Training nutzten, indem sie das nach außen gebrachte Bein ins Bett holten und wieder auf den Boden stellten. Dadurch verbesserte sich die Fähigkeit, Stabilität in anderen Körperabschnitten aufzubauen, zum Beispiel im unteren Rumpf und im anderen Bein. Beatmete Patienten, die sich im Training für Eigenatmung befinden, konnten in dieser Position häufig leichter von der Beatmung gelöst werden als in liegender Position. Zur Entblockung der Trachealkanüle ist diese Position ebenfalls hervorragend geeignet.

Dammshäuser, Birgit: Bobath-Konzept in der Pflege.
Verfügbar unter www.bika.de (Leitlinien zum Download)

Gabi Jacobs, Pflegeaufbaukursinstructorin
Bobath BIKA®, 1. Vorsitzende der BIKA®
gabi.jacobs@web.de

Renate Kohl, Pflegeaufbaukursinstructorin
Bobath BIKA®, Fachkraft für
neurologische Rehabilitationspflege
renatekohl@gmx.de

OP im Fokus

Fachsymposium für OP-Leitungen am 4. und 5. Dezember 2014 in Berlin



www.aesculap-akademie.de

Veranstaltungsort

Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstraße 58/59, 10117 Berlin

Anmeldung (bitte schriftlich)

Bibliomed Med. Verlagsgesellschaft mbH
Manuela Bezela, Stadtwaldpark 10, 34212 Melsungen
Telefon +49 56 61 73 44-29
Telefax +49 56 61 75 13 29
E-Mail: veranstaltungen@bibliomed.de
www.bibliomed.de
Ein Anmeldeformular finden Sie auf
www.bibliomed.de unter Veranstaltungen

Teilnahmegebühr

Teilnahme 05.12.2014	110 Euro
Teilnahme 04. und 05.12.2014 (inkl. Übernachtung und Abendveranstaltung)	220 Euro
Frühbucher (bis 08.09.2014) und Abonnenten:	
Teilnahme 05.12.2014	98 Euro
Teilnahme 04. und 05.12.2014	200 Euro

In der Gebühr sind enthalten: Tagungsunterlagen,
Mittagessen und Erfrischungen.

Der Betrag wird nach Erhalt der Rechnung fällig.
Eine Rechnung erhalten Sie ca. 4 Wochen vor der
Veranstaltung.

Information

Bei Stornierung (nur schriftlich) bis zum 03.11.2014
wird die Teilnahmegebühr vollständig erstattet.
Bei späterer Stornierung ist der Gesamtbetrag fällig.
Ein(e) Ersatzteilnehmer(in) kann jedoch genannt
werden.

Anmeldeschluss: 03.11.2014

Zusammen mit der Anmeldebestätigung erhalten
Sie weitere Informationen. Alle Anmeldungen
werden in der Reihenfolge des Eingangs gebucht.

Weiterbildungspunkte

Für die Teilnahme an dieser Veranstaltung können
Sie sechs Punkte bei der „Registrierung beruflich
Pfleger“ (www.regbp.de) beantragen.
Identnummer: 20091152

Programm

Donnerstag, 4. Dezember 2014

20.00 Uhr Get-Together in der „Nolle“
Wir heißen Sie in Berlin herzlich willkommen

Freitag, 5. Dezember 2014

08.15 Uhr Registrierung

09.00 Uhr Begrüßung
Andreas Bauer, Brigitte Teigeler

09.05 Uhr Versorgung von Schwerstbrandverletzten
Dr. Bernd Hartmann, Berlin

10.00 Uhr Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie –
Entwicklungen und Trends
Prof. Dr. Dr. Ralf Gutwald, Freiburg

11.00 Uhr Kaffeepause

11.30 Uhr Der richtige Marketing-Mix –
Erfolgreich Fachpersonal akquirieren
Peter Jacobs, Wilnsdorf

12.15 Uhr OP-Personal langfristig binden –
Das KEH-Personalentwicklungs-konzept der Charité
Evelyn Starkiewicz, Berlin

13.00 Uhr Mittagspause

14.00 Uhr Psychische Belastungen im OP –
Arbeitspsychologische Erfahrungen und Anregungen
Dr. Andrea Wittich, Freiburg

15.00 Uhr „Lachen erlaubt“ – Humor als Ressource im OP
Klinikclown Felix Gaudo, Bensheim

16.00 Uhr Verabschiedung

Moderation: *Andreas Bauer, Brigitte Teigeler*



Eine Gemeinschaftsveranstaltung mit

**DIE SCHWESTER
DER PFLEGER**

