

Hausarbeit

Weiterbildung Fachtherapeutin Demenz
DEMERGO 2018
vom 23.02.2018 bis 06.01.2019
Kurs: 3

Thema:

HANDWERK und DEMENZ

Handwerk: ein Mittel der Ergotherapie - zur Unterstützung des aktiven Handelns - im Einsatz ergotherapeutischer Arbeit mit demenziell veränderten Menschen, anhand von Peddigrohr mit dessen Möglichkeiten und Grenzen.

Inhaltsverzeichnis**Seite****HANDWERK und DEMENZ**

Handwerk: ein Mittel der Ergotherapie - zur Unterstützung des aktiven Handelns – im Einsatz ergotherapeutischer Arbeit mit demenziell veränderten Menschen, anhand von Peddigrohr mit dessen Möglichkeiten und Grenzen.

1. Einleitung	
➤ Persönlicher und beruflicher Hintergrund, Stellenwert des Handwerks in der Ergotherapie, Fragestellung: besteht eine Diskrepanz zwischen Handwerk und Demenz bzw. ist der Einsatz von Peddigrohr bei demenziell veränderten Menschen sinnvoll?.....	1
2. Hauptteil	
2.1. Was ist Demenz.....	2-4
2.2. ET bei Demenzerkrankungen mit Zielsetzung.....	4-6
2.3. Handwerk in der Ergotherapie.....	6
2.4. Werkmittel Peddigrohr- was ist es und was bietet das Material in Bezug auf die Wahrnehmung?.....	7-11
2.4.1. Einsatz von Peddigrohr in der ET mit demenziell veränderten Menschen.....	11-14
2.5. Fallbeispiel.....	14-16
3. Schlussteil	
➤ Fazit.....	16
➤ Ausblick.....	16

Literaturangabe/Quellenverzeichnis

Eigenständigkeitserklärung

Anhang:

- (A) Affolter-Konzept, (B) Wahrnehmungsbaum, (C) Anamnese Fallbeispiel 1, (D) Fallbeispiel 2+3

1. Einleitung

HANDWERK und DEMENZ

Handwerk: ein Mittel der Ergotherapie - zur Unterstützung des aktiven Handelns - im Einsatz ergotherapeutischer Arbeit mit demenziell veränderten Menschen, anhand von Peddigrohr mit dessen Möglichkeiten und Grenzen.

In meiner langjährigen Arbeit als Ergotherapeutin in eigener Praxis kann ich bisher nur auf eine überschaubare Anzahl an Behandlungen mit demenziell veränderten Menschen zurückgreifen. Meine Arbeit mit demenziell erkrankten Menschen bezieht sich auf Personen mit beginnender und mittelgradiger, jedoch nicht mit fortgeschrittener Demenz im Rahmen eines Hausbesuches im Seniorenwohnheim. Die Verordnungen werden hierbei von der betreuenden Neurologin und Gerontopsychiaterin einer Klinik ausgestellt.

Als Ergotherapeutin ist das Handwerk als solches in unserem Berufsbild fest verankert und ist ein wesentlicher Aspekt zur Abgrenzung anderer Heilmittelerbringer.

Bei demenziell veränderten Menschen ist der unwiderrufliche Verlust von kognitiven Funktionen mit gravierenden und fortschreitenden Beeinträchtigungen der aktiven Teilhabe am Leben mit gezielten Handlungen, beherrschend.

Somit stellt sich für mich die Frage, inwieweit die Handwerksarbeit mit demenziell veränderten Menschen sinnvoll und möglich ist. Da ich das Medium Peddigrohr als ein sehr vielseitiges Einsatzmaterial halte, möchte ich dies speziell in Verbindung mit der ergotherapeutischen Arbeit mit demenziell veränderten Menschen, in seiner Eigenschaft, Einsatzmöglichkeiten mit entsprechenden Adaptionen und möglichen Grenzen durchleuchten.

Dafür sind grundlegende Informationen bzgl. des Krankheitsbildes Demenz, die Rolle der Ergotherapie bei Demenz, Prinzipien des Handwerks, speziell das Material Peddigrohr und die Verbindung des Krankheitsbildes mit der Peddigrohrarbeit, notwendig.

Dies wird im Folgenden dargestellt und den praktischen Bezug anhand von Fallbeispielen hergestellt.

In der Literatursichtung (Fachbücher) und Internetrecherche (u.a. DVE-Homepage) gibt es bis zum derzeitigen Stand keine umfangreichen Informationen, die sich mit dieser Thematik auseinandergesetzt haben.

2. Hauptteil

2.1 Was ist Demenz?

Definition:

*Oberbegriff für die Veränderung und Neuanpassung auf früherem Entwicklungsniveau von erworbenen intellektuellen Fähigkeiten als Folge einer Hirnschädigung mit kognitiven Störungen, Störungen der Wahrnehmung, Gedächtnisstörungen, Konfabulation, Denkstörungen, Orientierungsstörungen, Apraxie, Stereotypien und Veränderungen der Persönlichkeit.*¹ *Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch, 257. Auflage*

Es gibt verschiedenen Demenzformen in ihren entsprechenden Häufigkeiten. Sie unterscheiden sich in primäre und sekundäre Demenzformen. Die Primären unterscheiden nochmals die degenerativen, vaskulären und gemischten Demenzarten.

Primäre Demenzen

Bei diesen Krankheitsbildern ist primär das Gehirn betroffen. Zu den **degenerativen Demenzerkrankungen** gehören vor allem die Erkrankungen vom Alzheimer-Typ (DAT), die morphologisch durch Atrophien bestimmter Teile der Großhirnrinde und Ablagerungen von pathologischem Eiweiß, gekennzeichnet sind.

Die **vaskulären Demenzerkrankungen** (vaD) sind durchblutungs-/gefäßbedingte (vaskuläre) Demenzen. Sie treten häufiger bei Männern auf und beginnen meist im Alter von über 70 Jahren. Sie werden überwiegend durch Veränderungen kleiner subkortikaler Gefäße hervorgerufen.

Mit zunehmendem Alter treten häufig Mischformen der vaskulären und degenerativen Demenzen auf.

Sekundäre Demenzerkrankungen

Sekundäre Demenzerkrankungen sind Folge anderer Erkrankungen, wie z.B. endokrine Störungen, Stoffwechselerkrankungen oder Vitamindefizite. Da man hierbei z.T. die Symptomatik durch das Beheben der eigentlichen Erkrankung, wie z.B. kardiovaskuläre Erkrankungen, chron. Lungenerkrankungen oder Intoxikationen, z.B. Alkohol- oder Medikamentenabusus beeinflussen kann, spricht man von reversiblen Demenzen.

Die Demenzerkrankungen werden in folgende Stadien mit ihren Symptomen eingeteilt:

1. Prä-Demenz-Stadium (leichtes kognitives Defizit/MCI):

Diskrete Störung des Lernens und Behaltens, leichte Wortfindungsstörungen

Aufmerksamkeitsdefiziten, Schwierigkeiten in Beruf und Hobby, diskrete Störungen in komplexen Leistungen, diskrete sensomotorische Defizite, häufige Stimmungslabilität und sozialer Rückzug

Nur ca. 2/3 der Betroffenen entwickeln in den folgenden 2 Jahren tatsächlich eine Demenz.

2. Leichte Demenz

Merk- und Lernfähigkeit sinkt, Orientierungsstörungen, beginnende Störung der Körperwahrnehmung und Motorik, Wortfindungsstörung und Abnahme der Wortflüssigkeit, erhöhte Ablenkbarkeit und rasche Ermüdbarkeit, Alltagsaktivitäten eingeschränkt, häufig depressive Verstimmung oder Ängste, oft erhaltene Krankheitseinsicht

3. Mittelgradige (moderate) Demenz

Störung des Arbeitsgedächtnisses (Handlungsplanung, Rechenfähigkeiten), inhaltsarme Sprache, Verlust des Schreibens, beginnende Altgedächtnisstörung, verblassende Erinnerungen an das eigene ICH, Zunahme von Verhaltensstörungen, weitere Abnahme von Körperwahrnehmung und Mobilität, zunehmende Veränderung in Antrieb und Motorik, Abnahme des Störungsbewusstseins

4. Schwere Demenz

Multiple schwere kognitive Defizite, Sprachzerfall, Wortarmut, Verstummen oder „Laute“, fortschreitender Abbau von Körperwahrnehmung und motorischer Fähigkeiten, Immobilität, Zunehmender Verlust der Selbständigkeit, Nonverbale Kommunikation, Aufgehobenes Krankheitsempfinden

2.2. Ergotherapie bei Demenzerkrankungen mit Zielsetzung

Die Ergotherapie strebt stets die größtmögliche Selbständigkeit der Alltagsbewältigung an. Das bedeutet in der Regel, dass verloren gegangene Funktionen weitestgehend wiedererlangt werden oder die vorhandenen Fähigkeiten entsprechend adaptiert und genutzt werden. In jedem Falle bedeutet dies jedoch, dass gelernt oder umgelernt werden muss. Dies ist aufgrund der Demenzpathologie nicht möglich.

Die Priorität und Zielsetzung als auch die Behandlung und Vorgehensweise mit demenziell erkrankten Menschen unterscheidet sich hierbei deutlich vom leistungsorientierten - motorischen, sensomotorischen und kognitiven Ansatz „etwas wieder verbessern“ zu wollen.

Und dennoch hat die Ergotherapie in der Arbeit mit demenziell erkrankten Menschen einen hohen Stellenwert. Der Umgang mit den an D.e.M. entschleunigt das stets geprägte Zeitmanagement. Hierbei stößt die notwendige Entschleunigung oft an Grenzen von Pflege, Angehörige und weiteren Kontaktpersonen.

Deswegen ist neben der Zielsetzung für die Betroffenen selbst auch die Aufklärungs- und Beratungsarbeit für zuvor genannte Personen ein elementares Ziel der Ergotherapie.

Für die an Demenz erkrankten Menschen bedeutet das schlussfolgernd, dass die zunehmend verloren gehenden Kompetenzen nicht wiedererlangt werden können und sich die Symptomatik voraussichtlich weiterhin verschlechtern wird.

Der längst mögliche Erhalt aller Funktionen sowie das „annehmen und verstehen“ und insbesondere ein empathischer Umgang mit den an Demenz erkrankten Menschen ist somit für uns Ergotherapeuten, die wichtigste Zielsetzung und Vorgehensweise.

Konkret bedeutet das, dass je nach Krankheitsstadium:

- Die **kognitiven Fähigkeiten**, soweit sie noch vorhanden sind, möglichst lange zu erhalten und zu üben
- Gegen die **Auflösung jeden Zeitgefühls und jeder Struktur** vorzugehen
- **Orientierungsstörungen** zu beeinflussen
- Die **Wahrnehmungsfähigkeit**, vor allem in Bezug auf den eigenen Körper, solange wie möglich zu erhalten und somit die größtmögliche Selbständigkeit im Alltag
- **Depressionen und Aggressionen, Gereiztheit und Angstzustände** abzubauen.
- **Motorische Unruhe abzubauen und Bewegungsstörungen** entgegenzuarbeiten.
- **Sozialverhalten** zu beeinflussen

Sinnvoll aktiv/tätig sein unter Berücksichtigung der individuellen Ressourcen, ist in der Arbeit mit demenziell veränderten Menschen gleichermaßen von wesentlicher Bedeutung.

Es gibt 6 Komponenten, die einen Ansatz für eine Interaktion mit den Patienten bieten können. Sie bestehen aus Rhythmus, Langzeitgedächtnis, Automatismen und Folgen, Tätigkeiten des täglichen Lebens, Berühren und Führen sowie die Stimulation gespeicherter Bewegungsmuster.

Zudem kann die Ergotherapie zur Zielerreichung auf verschiedene **Behandlungskonzepte** und **Methoden** zurückgreifen. Für mein Thema Handwerk in der Arbeit mit demenziell erkrankten Menschen werde ich nur auf das Affolter-Konzept (s. Anhang (A)) eingehen, da es bei Bedarf, bei handwerklich-gestalterischen Tätigkeiten ein unterstützendes Angebot bieten kann.

Die Methode

Im Weiteren haben wir in der Ergotherapie die Möglichkeit die geeignete Methode zu wählen. Je nach Behandlungsinhalt und Behandlungsangebot ist die Einzeltherapie oder Gruppentherapie sinnvoll. Im Falle der Handwerksarbeit hängt das u.a. vom jeweiligen Krankheitsstadium ab. So kann sicherlich im prä- und leichten Stadium noch die

Gruppentherapie angeboten werden. Im mittelgradigen Stadium ist die Einzeltherapie indiziert und im fortgeschrittenen Stadium steht das Handwerk nicht mehr zur Auswahl, da in diesem Stadium andere Prioritäten bzgl. des Behandlungsangebotes und der Zielsetzung gesetzt werden muss.

2.3. Handwerk in der Ergotherapie

Begriffsdefinition

Handfertigkeit im Deutschen bedeutet „Geschicklichkeit der Hände, besonders für handwerkliche Arbeiten“ (Duden2006). Geschicklichkeit wiederum bedeutet „die Fähigkeit, eine Sache rasch, auf zweckmäßige Weise und mit positivem Resultat auszuführen, wobei vorhandene Begabung mit Erlerntem und Erfahrung zusammenwirkt (Duden2006). Es wird definiert als „Werk der Hände, Kunstwerk, Gewerbe und Zunft“ (Duden2006).² Winkelmann, Imke;

Handwerk in der Ergotherapie, Thieme-Verlag2009

Wir Ergotherapeuten setzen das Handwerk zur Unterstützung der motorischen, sensomotorisch-perzeptiven, kognitiven und psychisch-funktionellen Behandlung ein, um einen positiven Einfluss der Handlungsfähigkeit eines Klienten herbeizuführen. Bereits in der Antike und der Philosophie wiederholen sich die Aussagen über eine Verbindung zwischen Wohlbefinden und Handeln. Der Philosoph Sartre zum Beispiel betrachtete Tun, Sein und Haben als fundamentale Aspekte des menschlichen Lebens.

Handlungen oder Betätigungen sind das Kernkonzept der Ergotherapie (Kielhofner2004, Yerxa1997). Dieses Konzept beruht auf der Annahme, dass Gesundheit und Wohlbefinden durch Engagement in Betätigung beeinflusst werden können (Wilcock1998). Schon die Gründer der Ergotherapie waren davon überzeugt, dass Tätigsein kranken Menschen zu Gesundheit verhilft (Kielhofner2004) und dass Patienten von produktiver Betätigung dahingehend profitieren, dass sie **Freude bereitet, Rhythmus gibt und das Herstellen eines Produktes zu Zufriedenheit führt** (Meyer 1922/1977). Diese Idee hat die Ergotherapie geprägt und weiterentwickelt. Wichtig ist jedoch auch, dass der Einsatz von Handwerksmaterialien kritisch hinterfragt und gezielt, effektiv und klientenorientiert (auf die individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten) eingesetzt werden. ³ siehe 2

2.4. Werkmittel Peddigrohr – was ist es und was bietet das Material in Bezug auf die Wahrnehmung?

Materialkunde

Peddigrohr wird von einigen Kletterpalmenarten der Gattung Calamus Rotang gewonnen, die in den sumpfigen Urwäldern Ostindiens und dessen vorgelagerten Inseln sowie im äquatorialen Afrika wachsen. Die rankenartigen Stämme dieser Pflanzen werden höchstens drei Zentimeter dick und erreichen eine Länge von mehr als 150 Metern. Sie sind mit spitzen Dornen dicht besetzt und klettern an den Baumstämmen empor und schlingen sich von Baum zu Baum.

Schälprodukte werden als Stuhlrohr und Peddigschienen in den Handel verkauft. Der Kern des Rohres, der sogenannte „Peddig“, wird aufgeschnitten und zu langen, runden Fäden, zu „Peddigrohr“, in verschiedenen Qualitäten und Stärken verarbeitet.

Gutes, naturhelles Rohr zeichnet sich durch gleichmäßige Härte und helle Farbe aus. Es fasert nicht, ist glatt und elastisch auch in trockenem Zustand.

Die Farbe des Bundfadens kennzeichnet die Güte des Rohres. In der Regel erhält man mit Rotbandpeddig eine sehr gute Qualität.

Es wurde schon in den allerersten Anfängen der menschlichen Kultur geflochten und ist vermutlich noch älter als das mit ihm verwandte Weben, das man als Flechten mit feinerem Material ansehen kann. Mit Hilfe der Hände und einfachen Materialien entstanden damals allerlei Gebrauchsgegenstände für den täglichen Bedarf wie Körbe, Schalen, Taschen u.s.w.. Das Flechten mit den verschiedensten Materialien kommt den menschlichen Bedürfnissen nach Beschäftigung, in weitgehendem Maße entgegen. Peddigrohr eignet sich für jung und alt. Es bedarf neben der Hand, dem wunderbarsten aller Werkzeuge, nur geringe Hilfsmittel und kann in einfachsten Verhältnissen betrieben werden. Es fördert u.a. das Handgeschick, die Aufmerksamkeit und bietet Materialeigenschaften von Peddigrohr, zu erfahren und zu begreifen, zudem schafft es Freude und Befriedigung. Es bildet eine wertvolle Ergänzung und Bereicherung des Handwerksangebotes in der Therapie.

„Die Herausforderung bei guter Korbarbeit ist die Bearbeitung des Materials, die Einfachheit und der Rhythmus“ (Jette Mellgren).⁴ Mellgren, Mette; Flechten mit Naturmaterialien,

Werkstattverlag, 4.Auflage2016

Was bietet mir das Material Peddigrohr in Bezug auf die Wahrnehmung?

Was ist Wahrnehmung?

„Wahrnehmung heißt: Etwas, was man sieht, hört, schmeckt, riecht und fühlt – erkennen, begreifen und in die bisher gemachten Erfahrungen einzuordnen. Wahrnehmung ist eine sehr umfassende Leistung unseres Gehirns und stellt eine der wichtigsten psychologischen Funktionen beim Menschen dar. Auf Kortexebene werden die Informationen aus den Sinneskanälen schließlich zu einer Repräsentation der gesamten Reizsituation zuzüglich gespeicherter Informationen integriert, es findet Wahrnehmung statt.“ (Trepel2004).⁵

Schaade, Gudrun; Ergotherapeutische Behandlungsansätze bei Demenz und Korsakow-Syndrom, 2.Auflage, Springer-Verlag2016

Peddigrohr kann nahezu alle Sinneskanäle ansprechen. Man kann es sehen und in seine Dicke und Länge sowie mögl. Einfärbungen unterscheiden. Es selbst macht keine Geräusche, jedoch Geräusche bei der Bearbeitung des Materials (zwischen den Händen reiben, beim Kürzen mit der Zange oder beim einfachen Knicken mit den Händen) Nasses/feuchtes Peddigrohrmaterial riecht anders als Trockenes, somit ist auch eine olfaktorische Wahrnehmung/Unterscheidung möglich. Es könnte/dürfte in den Mund genommen und darauf gekaut werden, was wiederum eine weitere gustatorische Wahrnehmungserfahrung mit sich bringen würde. Dieser und der olfaktorische Wahrnehmungsanteil haben jedoch in der Herstellung eines Korbes keine Relevanz.

In erster Linie ist jedoch die haptische/taktile Wahrnehmung von Peddigrohr relevant. Das Berühren und Begreifen von dem Material. Es bietet uns unterschiedliche Stärken, ist glatt, trocken oder feucht, Anfang und Ende unterscheiden sich deutlich vom Faden selbst. Sie haben einen hohen Widerstand und sind sehr punktuell spürbar beim Ertasten.

Die verschiedenen Stärken der Fäden bieten unterschiedliche Widerstände beim Biegen und Bearbeiten des Materials.

Die Hand als eins, der größten Sinnesorgane hat im Handwerk und somit auch beim Bearbeiten von Peddigrohr eine wesentliche Bedeutung.

„Die Hand ist eines unserer wichtigsten Sinnesorgane. Sie dient der Wahrnehmung der Beschaffenheit von Oberflächen sowie den Materialeigenschaften und der Gestalt von Gegenständen. Die Besonderheit ihrer Funktion liegt darin, dass die sensorische Leistung mittels motorischer Aktionen, durch Betasten, zustande kommt.“ (Schmidt und Unsicker2003). ⁶ siehe 5

Ich bin zu Beginn der Wahrnehmung auf die Fernsinne (sehen, hören, riechen und schmecken) kurz eingegangen. In der Wahrnehmungsentwicklung entwickeln sich jedoch zuerst die Nahsinne oder auch Basissinne genannt, die mit der Taktilität bereits angerissen wurde. Die primären Wahrnehmungsanforderungen sind in den Basissinnen zu finden. Die Basissinne werden in 3 Bereiche unterteilt. Die Tiefensensibilität (Propriozeption), die Taktilität (oft im Zusammenhang auch taktil-kinästhetisch genannt) und in den vestibulären (Gleichgewichtssinn) Sinn. Sind alle drei Sinne integriert, entwickelt sich, mit allen folgenden und differenzierteren Fähigkeiten (unterstützt von den Fernsinnen) ein selbstbestimmter, handlungsfähiger und tätiger Mensch. (s. Anhang (B) Wahrnehmungsbaum).

Im Umkehrschluss bedeutet das, dass sämtliche Handlungen und Fähigkeiten auf die Nah- und Fernsinne zurück zu führen sind. Aus diesem Grund ist das Wissen um die Wahrnehmung und Wahrnehmungsverarbeitung von höchster Bedeutung.

Nur wem bekannt ist, welche Sinne bei welchen Handlungen und Tätigkeiten gefordert werden, dem ist es möglich ein gezieltes auf den Patienten abgestimmtes Behandlungsangebot zu unterbreiten.

Kommen wir zum Flechten eines z.B. Peddigrohrkorbes:

Beim Herstellen eines Korbes aus Peddigrohr kommen neben der eigentlichen sehr strukturierten und rhythmischen Vorgehensweise, noch weitere Arbeitsschritte, und der Einsatz weiterer Materialien, wie z.B. einen zu bearbeitenden Korbflechtboden aus Laubholz hinzu. Dieser kann bei Bedarf mit einer Laubsäge eigenständig hergestellt werden

oder aber es werden vorgefertigte Böden, inkl. Löcher, eingesetzt. Da die Löcher jedoch meist zu klein sind, werden diese mittels Handbohrer vergrößert. Die dadurch entstandenen Splitter, müssen mit einem Schleifklotz (mit ggf. verschiedener Sandpapierstärken) glattgeschliffen werden. Alle diese Tätigkeiten bieten einen hohen taktilen Input, welches auch zu einem aufrechten Wachheitszustand führt.

Das Kürzen der Staken erfordert ebenfalls ein zusätzliches Werkzeug, den Seitenschneider. Hierbei ist die taktil-kinästhetische und tiefensensible Wahrnehmung ebenfalls gefordert. Die Hand bzw. die Finger umgreifen den Seitenschneider und müssen diese in einer angemessenen Weise untereinander so koordinieren, dass eine Schneidebewegung möglich ist.

Beim Flechten selbst ist das Greifen und Führen des Fadens mit seiner Länge, die entsprechend adaptiert werden kann, ebenfalls eine taktil-kinästhetische Anforderung.

Die Orientierung am Korb hat eine stark tiefensensible und visuelle Komponente. Erst wenn der eigene Körper zum Raum gut abgegrenzt ist (körpernah), kann ein räumliches Konstrukt (körperfern) visuell erfasst und erstellt werden.

Alle dazu gehörigen Arbeitsschritte haben eins gemeinsam. Durch die notwendigen Wiederholungen der recht kurzen Arbeitssequenzen, entsteht ein Rhythmus, der in der Wahrnehmungsverarbeitung und in der eigentlichen Arbeit im Handwerk und speziell durch Peddigrohr eine wertvolle Unterstützung bietet.

Nicht zu vernachlässigen ist der vestibuläre Anteil. Auch wenn dieser augenscheinlich bei einer vorzugsweise sitzenden Tätigkeit nicht relevant ist, ist er doch auch hier von Bedeutung. Um angemessen sitzen zu können und eine geforderte Handlung ausführen zu können, benötigt man einen stabilen Haltungshintergrund. Der Haltungshintergrund resultiert aus dem perfekten Zusammenspiel/Integration aller drei Basissinne. Ist beispielsweise einer dieser Basissinne nicht im vollen Umfang integriert kann es zum Verlust der Stabilität führen. Bei Einschränkung der Tiefensensibilität kann es zum unruhigen hin und her rutschen auf dem Stuhl kommen, da der Körper eine kontinuierliche Rückmeldung des Körpers im Raum sucht, welches er sich durch Aktivität holt. Ähnlich verhält es sich bei einer taktilen Beeinträchtigung. Hierbei könnte durch das wechselnde Aufstehen und Hinsetzen die taktile Rückmeldung gesucht werden wie sich die Sitzfläche

anföhlt, die mir ausreichend Informationen gibt um sitzen bleiben zu können. Bei einer möglichen vestibulären Dysregulation, handelt es sich darum, dass vestibuläre Reize, wie Kopfdrehungen, Augenbewegungen und mang. Körperwahrnehmung (taktil + tiefensensibel) dazu führen, dass ein Patient sich überhaupt nicht hinsetzen möchte oder aber eine große Unterstützungsfläche mit Rücken- und Seitenlehnen benötigt, um im **Sitzen die Nötige Ruhe aufzubringen, die für die Peddigrohrarbeit notwendig ist.**

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das Material Peddigrohr in der Bearbeitung eine hohe Wahrnehmungsanforderung verlangt. Eine angemessene körperliche Ausgangssituation (sitzen am Tisch), das Bearbeiten von zusätzlichen Materialien (Holzboden), der Einsatz von Werkzeugen (Seitenschneider + Schleifklotz) sowie natürlich vom Peddigrohr selbst benötigt die Integration der Basissinne und im Weiteren der Fernsinne, insbesondere der des Sehsinnes.

Zudem ist, die Wachheit sowie die feinmotorische und kognitive Umsetzungsfähigkeit erforderlich.

2.4.1. Einsatz von Peddigrohr in der Ergotherapie mit demenziell veränderten Menschen

Aufgrund der zuvor genannten Aspekte ist der theoretische Einsatz von Peddigrohrmaterial möglich und sinnvoll, da beim z.B. Flechten eines Peddigrohrkorbes u.a. nahezu alle Wahrnehmungskanäle angesprochen werden können und das Material einen hohen Aufforderungscharakter bietet etwas Gestalten oder Werken zu wollen.

Nun stellt sich die Frage: Ist das Flechten eines z.B. Peddigrohrkorbes mit demenziell veränderten Menschen auch umsetzbar bzw. schafft der demenziell erkrankte Mensch das überhaupt noch?

Für die Umsetzung müssen, seitens des Klienten, zwingend einige Aspekte/Voraussetzungen berücksichtigt werden ebenso die Fragestellung nach dem übergeordneten Ziel geklärt sein. Was möchte ich damit erreichen und warum Peddigrohr? Zu diesen Aspekten zähle ich in erster Linie, **das Grundinteresse und die Aufgabenbereitschaft** der Klienten, sich damit betätigen zu wollen (erste Hinweise

bekommt man möglicherweise schon bei der Anamnese) sowie gewisse **motorischen Fähigkeiten** und **vorhandene Ressourcen bzgl. der Wahrnehmung und Kognition**. Für die ergotherapeutische Zielsetzung muss geklärt sein ob das Ergebnis das Ziel ist oder der Weg/Prozess das Ziel ist. In diesem Falle lassen sich sicherlich beide Ansätze finden. Ist der Wunsch des Klienten so groß einen Peddigrohrkorb herstellen zu wollen, ist ihm das Ergebnis voraussichtlich wichtiger als der Prozess. Steht jedoch das **eigentliche Tun/Handeln/Werken** im Vordergrund, weil genau das dem Klienten Zufriedenheit verschafft, ist das Ergebnis evtl. nur ein positiver Nebeneffekt. Man darf jedoch nicht vergessen, dass insbesondere in der Arbeit mit demenziell veränderten Menschen die Sinnhaftigkeit einer Tätigkeit nicht verloren gehen darf und muss bei Bedarf immer wieder bewusst gemacht werden um die Freude, die eine Tätigkeit mit sich bringt nicht zu verlieren.

Sind die erforderlichen und beschriebenen Voraussetzungen nicht gegeben, stößt man unweigerlich an Grenzen in der Arbeit mit Peddigrohr und demenziell veränderten Menschen. Dies wiederum führt zu einer mangelnde Zielverfolgung und -erreicherung. Eine weitere Grenze stellt ein sehr schnell fortschreitender Krankheitsverlauf dar.

Im Umgang mit dem Peddigrohrmaterial lassen sich alle grundsätzlichen und bereits formulierten Ziele (s.S.5) für die Arbeit mit demenziell veränderten Menschen wiederfinden und verfolgen:

1. Längstmöglicher Erhalt der kognitiven Fähigkeiten (Aufmerksamkeit, Handlungsabfolgen wiederholen, Aufgabenverständnis und Umsetzungsfähigkeit)
2. Strukturauflösung entgegenwirken (strukturierte, rhythmische Wiederholungen)
3. Längstmöglicher visuell-räumliche Orientierungserhalt (Orientierung am Korb + Anordnung der Arbeitsmaterialien)
4. Längstmöglicher Erhalt der Wahrnehmungsfähigkeit, v.a. in Bezug auf den eigenen Körper (Material und AGST: TS, taktil, VS sowie anteilige Fernsinne)
5. Unterstützung der Aktivitätsebene (motorische Fähigkeiten) für die größtmögliche Selbständigkeit im Alltag (sinnvoll tätig sein bei der Durchführung der jeweiligen Arbeitsschritte, Herstellen eines Korbes).

Die Kommunikationsteilnahme (evtl. In der Gruppentherapie) und Stärkung des Selbstwertgefühles/Kompetenzgefühl (Ich kann noch etwas Herstellen) ist eine weitere mögliche Zielsetzung in der Arbeit mit Peddigrohr.

Die positive Wirkung auf den Klienten in dem Moment der Tätigkeit ist ebenfalls zu berücksichtigen.

Aber auch seitens der Therapeuten, sind - für die Durchführung bzw. Herstellung eines Korbes - wesentliche Aspekte notwendig. Dazu gehören u.a. eine hohe Flexibilität sowie Interventions- und Adaptionsfähigkeit um ein Werkstück erfolgreich und über einen nicht endlosen Zeitraum beenden zu können. Der Therapeut muss achtsam sein und emotionale Befinden und Veränderungen registrieren, um Überforderungen und Frustration zu vermeiden oder aber zum Weitermachen animieren (entweder verbal und/oder nonverbal nach z.B. Affolter), wenn die Klienten auf der Stelle stehen und nicht weiterkommen ebenso auf die jeweiligen Bedürfnisse und Fähigkeiten der Klienten und Ausprägungen der Demenzerkrankung eingehen.

Auf eine geeignete Rahmenstruktur ist gleichermaßen zu achten. Wo findet die Behandlung statt und in welchem Rahmen (Gruppe oder Einzeltherapie). Dies gilt sensibel abzuwägen und entsprechend zu berücksichtigen.

Weitere, nicht zu vernachlässigende Aspekte beeinflussen die Behandlung, wie z.B. die gewählte Ausgangsstellung: wird im Sitzen oder Stehen gearbeitet? Wie werden die dazugehörigen Arbeitsmaterialien angeordnet? Liegen sie auf dem Tisch, befinden sie sich in unmittelbarer Nähe und wie erreiche ich sie? Werden alle Materialien angereicht oder werden z.B. die nassen (warmes oder kaltes Wasser) Fäden eigenständig aus dem Wasser geholt. Werden nasse Fäden eingesetzt? Je nach Qualität (s. Materialeigenschaften) kann der Flechtfaden auch im trockenen Zustand verarbeitet werden. Welche Flechtstärke wird eingesetzt? Wie ist die Orientierung am Korb? Benötige ich Gegenstände, die ggf. in den Korb gestellt werden um diesen zu beschweren oder um die visuelle Orientierung der jeweiligen Staken zu erleichtern? Gebe ich durch Hilfestellung die zu umflechtende Stake vor? Gebe ich zudem eine Grundform vor oder ist der Klient in der Lage zu wählen? Wie groß wird der Korb? Welchem Zweck dient der Korb (Obst- oder Brötchenkorb,

Blumentopf, Bilderrahmen, Tablett, Stiftköcher, Schlüsselschale oder wird es ein Korb für Wolle...?)? Welcher Flechtvorgang wird eingesetzt und mit wie vielen Flechtfäden geflochten? Ebenso beim Abschlussrand stellt sich die Frage welcher geeignet ist. Können die Löcher der Bodenplatte mittels H-H-K und A-H-K nachgebohrt werden oder fixiere ich als Therapeutin das Brett mittels Schraubzwinge? Wird mit farblichen Akzenten gearbeitet? Flechtmaterial eingefärbt (mit oder ohne Klienten?) oder der Peddigrohr-Boden lackiert oder diesen mit einem Foto der Familie oder Lieblingsblumen u.s.w. beklebt? Werden Henkel und Griffe eingearbeitet? Finden Abschluss-Lackierungen statt oder wird das Werkstück mit Lack eingesprüht? Es sind so viele Aspekte zu berücksichtigen, die für ein erfolgreiches Beenden eines Peddigrohr-Korbes notwendig sind und müssen im Vorfeld geklärt bzw. individuell auf die Bedürfnisse und Fähigkeiten dem Krankheitsbild entsprechend angepasst und während des Prozesses bei Bedarf adaptiert werden.

Der Korb ist in der Peddigrohrverarbeitung ein beliebtes und klassisches Werkstück, da es eine gute Grundstruktur bietet und mit einem relativ schnellen und sichtbaren Erfolg einhergeht. Mit dem Material Peddigrohr lässt sich jedoch noch weit mehr herstellen. So können z.B. auch Lichterkugeln, Bilderrahmen, Landschaftsbilder auf Pappe/Holz oder Collagen angeboten werden.

2.5. Fallbeispiel

Bsp.1 (s. Anamnese (C) im Anhang)

Frau X. ist 89 Jahre alt und hat deutlich Freude an kreativen Angeboten. Die Diagnose lautet: Gesichert, nicht näher bezeichnete Demenz; dementielle Syndrome: Einschränkung Verhalten, Selbstversorgung, Interaktion, kognitive Fähigkeiten, Beweglichkeit, Verhaltensauffälligkeiten und wurde bereits 2009 gestellt. Sie befindet sich seit Oktober 2016 in ergotherapeutischer Behandlung. Die Behandlung fand zu diesem Zeitpunkt in ihrem Zimmer, welches sie nicht selbständig aufsuchen konnte, in einer 30-minütigen Einzelbehandlung statt.

Frau X. verhält sich seit dem Erstkontakt der Behandlung und mir gegenüber aufgeschlossen und aufgabenbereit. Bereits in der ersten Verordnung habe ich ihr nach der

überschaubaren Anamnese vom Pflegepersonal mit jedoch der Information, dass Fr. X gerne kreativ, spielerisch tätig sei, das Herstellen eines Peddigrohrkorbes angeboten.

Die therapeutische Herausforderung bestand darin, dass Fr. X massive kognitive Defizite in ihrer Merkfähigkeit, Orientierung und in ihrer verbalen Kommunikationsfähigkeit aufwies bei noch überwiegend vorhandenem Sprachverständnis. So beschränkte sich die verbale Kommunikation ausschließlich auf Automatismen und Alltagsfloskeln. Es konnte zu keinem Zeitpunkt eine Erinnerung an das begonnene Werkstück hergestellt werden. Die Zielsetzung ist in diesem Falle der Weg/Prozess. Fr. X las jeweils wöchentlich ihren eigenständig geschriebenen Namen auf dem Werkstück und hatte keine Beziehung dazu, zeigte sich verwundert, fand ihn jedoch stets schön und ließ sich gut zum Weiterarbeiten motivieren. Fr. X zeigte keine motorischen Beeinträchtigungen, so fiel ihr das Nachbohren der Löcher in der motorischen Umsetzung nicht schwer. Schwieriger war zu Beginn die Planung der Handlung des Nachbohrens. So machte ich es für einige Löcher vor. Da Fr. X das Nachahmen jedoch ebenfalls nicht gelang, schraubte ich den Bohrer für sie in das Loch vor und forderte sie auf, diesen wieder herauszuholen. Dies gelang ihr und mit erfolgreicher Drehbewegung des Handbohrers und mehrfachen Wiederholungen konnte Fr. X die weiteren Bohrungen rhythmisiert und eigenständig vom Ablauf übernehmen. Den Arbeitsauftrag nur jedes 2. Loch (um die Stakenanzahl zu Beginn überschaubar zu halten) nachzubohren konnte sie für 3-4 Löcher nachkommen, ebenso das fließende Abzählen der Löcher zum Schluss. Im Vergleich fiel ihr das Abmessen der Staken mittels einer mit Fähnchen markierten Stake als Vorgabe, leicht. Das Bedienen eines Seitenschneiders gelang ihr unmittelbar und konnte hierbei sicherlich auf das abgespeicherte Handlungsmuster, Schneiden mit einer Schere, zurückgreifen. Nach dem gemeinsam erarbeiteten Bodenrand hatte ich mich für die einfachste Flechtvariante mit einem Flechtfaden entschieden. Das Prinzip des Flechtvorganges konnte Fr. X für 4-5 Flechtvorgängen übernehmen, stockte dann jedoch und wusste nicht weiter. Zum Teil reichte eine verbale rhythmisierende Anleitung und sie fand wieder in den Flechtvorgang. Vereinzelt musste jedoch der Flechtvorgang vorgemacht werden. Zu keinem Zeitpunkt war Fr. X frustriert, sondern zeigte sich ausdauernd, ausgeglichen und verwundert froh darüber, was sie herstellte. Sie wirkte sehr zufrieden und wach. Im Anschluss der

Behandlung nahm sie oft Kontakt zu ihren Mitbewohnern auf. Unmittelbar nach Fertigstellung (insgesamt 15 Einheiten) zeigte sie den Korb stolz dem Pflegepersonal und wir stellten ihn (in dem sie ihre Taschentücher hineingelegt hatte) in ihr Zimmer auf den Nachttischschrank. In der darauffolgenden Woche war ihr nicht mehr bekannt, dass sie den Korb hergestellt hatte. Nach weiteren kreativen und aktivierenden Angeboten, stellt Fr. X. nun mit Freude ihren 2. Peddigrohrkorb her.

3.Schlussteil

Fazit meiner Arbeit mit demenziell veränderten Menschen im anfänglichen und z.T. noch im mittelgradigen Stadium und angebotener Peddigrohrarbeit ist, dass sich das Material Peddigrohr grundsätzlich gut zielführend, zielerreichend und sinnvoll einsetzen lässt, sofern wesentliche Aspekte und Voraussetzungen seitens der Klienten und Therapeuten berücksichtigt werden. Das Herstellen eines Korbes bietet, für den Moment, dem demenziell veränderten Menschen eine temporäre Bereicherung in Bezug auf die Tätigkeit, Wachheit und Zufriedenheit. Das Werkmittel Peddigrohr bietet u.a. eine gute Grundstruktur mit anteiligen Wahrnehmungsförderungen in verschiedenen Bereichen sowie einen hohen Aufforderungscharakter, etwas Gestalten zu wollen. Durch die Anwendung werden für die Interaktion, Komponenten wie Rhythmus, Automatismen und Folgen, Tätigkeiten, Berühren sowie gespeicherte Bewegungsmuster, angeregt.

Die Anwendung des Materials bei demenziell veränderten Menschen verlangt jedoch Grundkenntnisse und eine kompetente Durchführung sowie eine hohe Flexibilität und Adaptionfähigkeit seitens des Therapeuten, um negative Erlebnisse zu vermeiden.

In der Arbeit mit demenziell veränderten Menschen, stellt der Peddigrohreinsatz u.U. eine Herausforderung für den Therapeuten dar, die es im Sinne der Patienten zu meistern gilt.

Nach der intensiven Auseinandersetzung mit dieser Thematik und der praktischen Erfahrung, ist es im Weiteren spannend zu erfahren, wie eine Vielzahl von Menschen mit demenziellen Veränderungen auf das Angebot Peddigrohr reagieren und es umsetzen und freue mich auf weitere Erfahrungen.

Literaturangabe/Quellenverzeichnis

- Dr. Panzer; DEMERGO Skript, Modul1, Medizinisches Basiswissen, Feb.2018
 - Kunz, Heinrich; Peddigrohrflechten, 8.Auflage, Haupt-Verlag 2012
 - Mellgren, Mette; Flechten mit Naturmaterialien, Faszinierende Körbe, Schalen und mehr, Werkstatt-Verlag, 4. Auflage 2016
 - Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 257. Auflage, Berlin, NewYork 1994
 - Radenbach, Johanna; Aktiv trotz Demenz, 2.Auflage, Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH&Co.KG 2011
 - Schaade, Gudrun; Ergotherapeutische Behandlungsansätze bei Demenz und dem Korsakow-Syndrom, 2. Auflage, Springer-Verlag2016
 - Schaade, Gudrun; Ergotherapie bei Demenzerkrankungen, 5.Auflage, Springer-Verlag2012
 - Winkelmann, Imke; Handwerk in der Ergotherapie, Thieme-Verlag2009

 - Anhang (A)
 - Internet, www.schlaganfall-hilfe.de, 11.05.2018
 - Schaade, Gudrun; Ergotherapeutische Behandlungsansätze bei Demenz und dem Korsakow-Syndrom, 2. Auflage, Springer-Verlag2016
-

Anhang (A) Das Affolter-Konzept

Das Affolter-Konzept

Das Affolter-Modell ist ein wissenschaftliches, neurophysiologisches Konzept und wird auch „St.Galler-Modell“ oder „Geführte Interaktionstherapie“ genannt. Es ist 1978 von der Psychologin und Therapeutin Dr. phil. Felicie Affolter entwickelt worden.

Dieses Modell wird bei Kindern und Erwachsenen, die aufgrund einer angeborenen oder erworbenen Schädigung des ZNS unter Wahrnehmungsstörungen leiden. Das führt dazu, dass die Betroffenen das Gefühl zu ihrem Körper und dessen Bezug zur Umwelt verlieren und bestimmte Handlungsabläufe nicht mehr ausführen können.

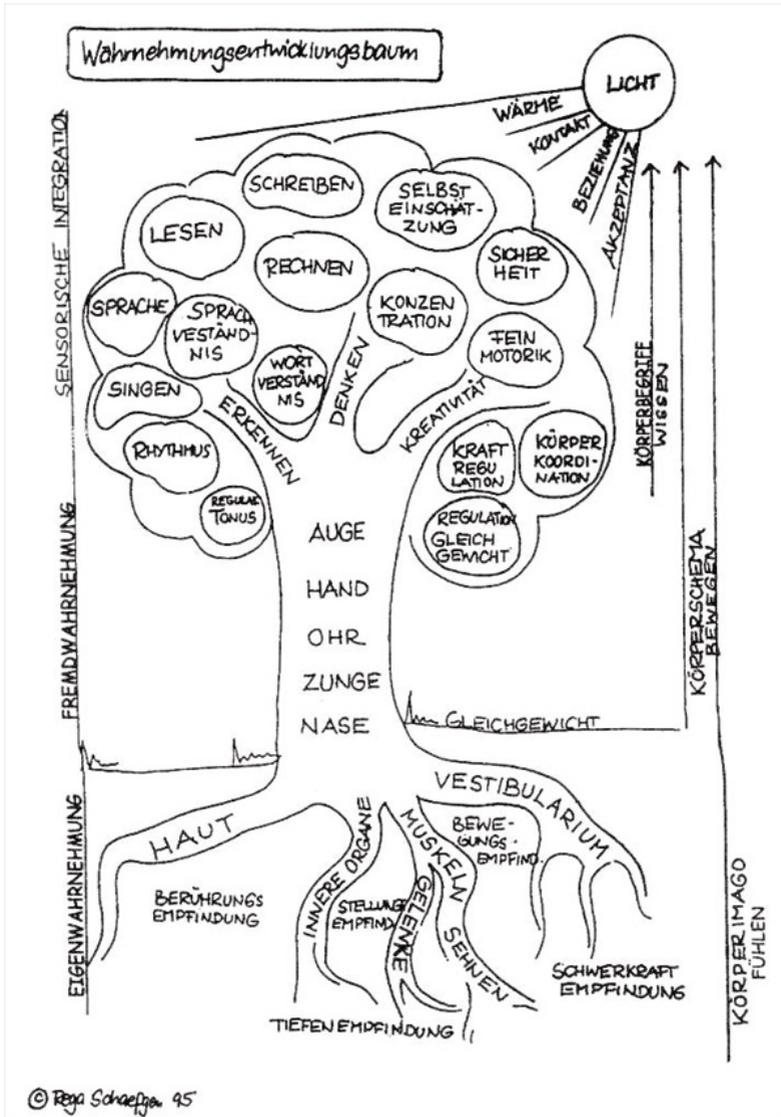
Der Körper des Betroffenen wird durch das Modell in alltäglichen Bewegungen vom Therapeuten geführt, damit eine Beziehung zur Umwelt entsteht.

Der Therapieverlauf orientiert sich stark am Alltag der Betroffenen. Nur so ist es möglich, die für den Alltag relevanten Handlungen (z.B. Waschen, Anziehen, Blumengießen, Essen, gestalterische Tätigkeiten u.s.w.) zu üben.

Der Betroffene soll Interaktionserfahrungen machen und bei der Informationssuche unterstützt werden. Diese Suche umfasst sowohl die Fragen nach dem „wo bin ich? /wo ist meine Umwelt“ als auch die Frage „was geschieht?“^{Anhang(A)}

Führen bedeutet, dass eine andere Person mit dem Körper des kranken Menschen Handlungen so ausführt, dass wieder eine Beziehung zwischen dem Patienten und seiner Umwelt hergestellt werden kann.^{Anhang(A)}

Anhang (B): Wahrnehmungsbaum



Anhang (C): Anamnese und Befund Fallbeispiel 1

Name: Frau X

Geburtsdatum: 14.06.1929

Familienstand: verwitwet, 1 Tochter, 2 Söhne und 1 verstorbenen Sohn

Beruf: Hausfrau und Mutter

Pflegegrad: 4, seit November 2015 im Seniorenwohnheim

Diagnose: Gesichert, nicht näher bezeichnete Demenz; Dementielle Syndrom: Einschränkung im Verhalten, der Selbstversorgung Interaktion, kog. Fähigkeiten, Beweglichkeit, Verhaltensauffälligkeiten

Indikationsschlüssel: PS5

ICD-10-Code: F03

Medikation:

- Tavor^R 1,0mg 0-0-0-0-0-1
- Carvedilol 25mg 1-0-0-0-0-0
- Melperon-neuraxpharm^RLiquidum 0-0-1x5ml-1x2ml-1x2ml-0
- Allopurinol 300 – 1A Pharma^R 1x0,5-0-0-0-0-0
- Torasemid – 1A Pharma^R 1-0-1-0-0-0

Bedarfsfall: - Novalminsulvon-ratiopharm^R 500mg/ml Tropfen 3x20

- Tavor^R0,5 mg 1x0,5
- Melperon 1A Pharma^R 25mg/5ml 3x5ml

Äußeres Erscheinungsbild:

Frau X wirkt altersentsprechend, gepflegt und in einem guten körperlichen Allgemeinzustand. Sie wirkt reinlich und ärgert sich über Flecken auf Pullover und Hose. Bei der Körperpflege benötigt sie Hilfestellungen. Das Waschen und Ankleiden vom Rumpf und Kopf gelingt ihr nahezu selbständig. Frau X. Zeigt eine tendenziell blasse Gesichtsfarbe und Haut, welche auch trocken wirkt. Außer einer Brille, die sie nur sporadisch trägt, benötigt sie keine weiteren Hilfsmittel.

Ausdruck:

Ohne Ansprache wirkt Frau X überwiegend ausdrucksarm. Sie schaut oft ins Leere. Bei Ansprache unbekannter Personen reagiert sie misstrauisch oder auch z.T. aggressiv bei unangenehmen Situationen (Blutabnahme). Freude und Aufgeschlossenheit zeigt sie bekannten Personen gegenüber mit einer sehr lebhaften Mimik. Ihre Augen sind geöffnet, der Mund geschlossen und die Körperhaltung je nach Situation angepasst. Sie läuft kleinschrittig und vorzugsweise mit Personen oder Haltemöglichkeiten, kurze Strecken auch selbständig.

Körperfunktionen:

Frau X wirkt wach. Ihr Auffassungsvermögen verlangsamt. Sie lässt sich leicht ablenken, kann aber ihre Aufmerksamkeit auf geforderte Tätigkeiten lenken und für eine kurze Sequenz halten. Ihr Gedächtnisleistungen bzgl. der Merkfähigkeit sind kaum vorhanden. Ebenso zeigt sie starke Defizite in der örtlichen und zeitlichen Orientierung. Zur eigenen Person kann sie mir ausschließlich ihren Namen und ihr Geburtsdatum nennen. Die Sprachproduktion bezieht sich auf Floskeln. Vorherrschende Wortfindungsproblematik. Sie spricht nicht von sich aus, lässt sich aber durch Ansprache anregen. Es sind nur kurze und sinnhafte Satzbildungen möglich. Paraphrasien (Verwechslung von Wörtern) sind zu beobachten. Das Sprachverständnis ist vorhanden. Ihr Antrieb ist vermindert lässt sich aber gut motivieren. Fr. X bekommt für die Nacht ein Schlafmittel und bleibt morgens gerne etwas länger im Bett.

Globale psychosoziale Funktionen:

Frau X. zeigt sich mir gegenüber stets voller Freude, aufgabenbereit und z.T. etwas klammernd. Sie reagiert auf Ansprache, sucht aber aufgrund der Sprachproblematik nicht das Gespräch. Sie kann Blickkontakt halten. Im Speisesaal begrüßt sie vereinzelt ihre vertrauten Mitbewohner. Im Gruppengeschehen kann sie sich nicht verbal einbringen, macht aber gerne bei Aktivitäten (Backen, Gymnastik) mit. Sie orientiert sich sehr an vertraute Personen und verhält sich sehr hilfsbereit (hilft beim Abtrocknen oder Tragen von Materialien). Fr. X erkennt Personen, kann diese aber nicht unbedingt in den richtigen Kontext bringen. Im Tagesverlauf beschreibt die Pflege, dass Fr. X nachmittags deutlich unruhiger werde.

Sinnesfunktionen und Schmerz:

Es ist ein ausgeprägtes Schmerzempfinden, welches sie z.T. laut schreiend zum Ausdruck bringt. Fr. X ist nicht auf der Suche nach Reizen, zeigt keine Autostimulationen oder überempfindliche Reizverarbeitung, Ausnahme vibratorische Reize, die sind ihr unangenehm. Warm und kalt kann sie unterscheiden. Ihr selber ist tendenziell eher kühl und trägt auch im Sommer langärmelige Kleidung. Die Fernsinne scheinen mit Ausnahme der Brille unbeeinträchtigt. Fr. X kann mit ihren Händen verschiedene Berührungsqualitäten unterscheiden aber nicht benennen. Propriozeptiv betrachtet, kann Fr. X ihren Körper aktiv in den Kontext bewegen, sodass sie z.B. einen Ball werfen und fangen kann und wenig motorische Beeinträchtigungen zeigt. Bestehendes Körperbewusstsein. Fr. X. kann links und rechts unterscheiden und benennen sowie oben/unten und vorne/hinten in Bezug zum eigenen Körper. Es ist zu erahnen, dass sie beim schnellen Aufstehen eine Art Schwindelgefühl empfindet, das sie kurz stockt und sich sortieren muss. Fr. X kann sich auf begrenzten Raum (Tisch+ Peddigrohr) und noch innerhalb eines Raumes orientieren. Im Seniorenwohnheim selbst, sind ihr die Wege, wie z.B. Zimmer-Speisesaal oder z.T. zur Toilette, gezielt nicht mehr möglich und verlässt das Wohnheim nur unter lautstarkem Protest. Auch die angrenzende Terrasse wird vermieden.

Funktion der Nahrungsaufnahme:

Frau X isst bei mundgerechter Zubereitung selbständig. Das Essen mit Messer und Gabel gelingt ihr nicht mehr.

Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen:

Es sind keine gravierenden motorischen Beeinträchtigungen zu erwähnen und zeigen sich bzgl. der Kraft altersentsprechend normal.

Körperstruktur:

Fr. X hat eine vergangene Fraktur am Fußgelenk, welche aber zu keinen weiteren Einschränkungen führt. Sie trägt eine Brille.

Aktivitäten und Partizipation:

Einfache Rechenaufgaben im 10er Bereich, Aufgaben aus dem kleinen 1x1 sind abrufbar. Fr. X ist in der Lage ihre Unterschrift eigenständig zu tätigen ebenso einen kurzen Satz zu schreiben (Die Sonne scheint.) Kurze schriftliche Anweisungen und Sätze kann sie lesen mit einem vorhandenen Lese-Sinn-Verständnis. Je nach Handlung (Waschen der unteren Extremitäten, Nahrungszubereitung...) ist Fr. X. auf Hilfestellungen angewiesen. Im Allgemeinen kann sie jedoch gut aufgrund ihrer motorischen Fähigkeiten, aktiv angebotene Handlungen und Routinehandlungen durchführen. Es ist ihr eine deutlich eingeschränkte verbale Kommunikation möglich.

Kontextfaktoren:

Das Wohnen in einem Seniorenwohnheim ist für Frau X eine passende Wohnform. Sie erhält Unterstützung von ihrer Tochter, die sie regelmäßig besucht und durch die sie gesetzlich betreut wird.

Anhang (D): Fallbeispiel 2

Frau Y. ist 86 Jahre alt und hat ebenfalls Freude an kreativen Angeboten. Die Diagnose lautet: Gesichert Demenz bei primären Parkinson-Syndrom und wurde am 01.08.2017 gestellt. Sie befindet sich jedoch aufgrund der Parkinsonsymptomatik seit Januar 2016 in regelmäßiger ergotherapeutischer Behandlung. Die Behandlung findet im angrenzenden Glaspavillon eines Seniorenwohnheimes statt, in diesem sie sich noch frei mit ihrem Rollator bewegen kann. Die Behandlung erfolgt als 30-minütigen Einzelbehandlung. Frau Y. wird von einer Kollegin behandelt.

Frau Y. verhält sich seit dem Erstkontakt der Behandlung und der Therapeutin gegenüber aufgeschlossen und aufgabenbereit. Sie ist zur eigenen Person orientiert. Außenstruktur und wöchentliche Angebote helfen ihr bei der zeitlichen Orientierung.

Fr. Y. hatte im Dezember 2017 einen Peddigrohrkorb bei einer Mitbewohnerin gesehen und wollte ebenfalls einen solchen Korb herstellen.

Hierbei ist die persönliche Zielsetzung von Fr. Y. das Ergebnis und nicht Prozesses.

Bereits in den zuvor stattgefundenen Einheiten mit dem Focus des Bewegungserhaltens war eine raumorientierende Beeinträchtigung festzuhalten. Fr. Y. kannte und absolvierte noch eigenständig die Wege im Haus, stieß jedoch zunehmend öfter gegen, insbesondere links, Türrahmen oder verkürzte unangemessen die Wege. Zudem war das abstrakte Denken und das räumliche Vorstellungsvermögen bereits vermindert.

Aufgrund der motorischen Voraussetzungen und die Motivation einen Korb herstellen zu wollen, griff die Therapeutin den Wunsch auf.

Fr. Y. ist Brillenträgerin. Das Nachbohren der Löcher gelang ihr eigenständig, ebenfalls das Schleifen der Späne. Schwierigkeiten bereiteten ihr allerdings die visuelle Orientierung und das Einhalten von Reihenfolgen. So übersprang Fr. Y. des Öfteren ein Loch beim Nachbohren, Staken durchstecken oder zählte die Löcher unsortiert ab. Das Abmessen und Abschneiden der Staken, war nur mit Hilfestellung durchführbar. Das Zählen selbst, war abrufbar. Der Werkzeuggebrauch (Seitenschneider und Handbohrer) war gut möglich. Es wurde mit 1. Flechtfaden geflochten. Fr. Y. fiel es schwer die Staken vom Flechtfaden zu unterscheiden. Daraufhin wurde der Flechtfaden eingefärbt. Der Korb befand sich auf

einem Schoßtablett da ihr das Heben der Arme schwerfiel. Fr. Y. benötigte einige Pausen. Sie konnte den Rhythmus des Arbeitsschrittes verbal wiedergeben (davor/dahinter), ihn jedoch nicht kontinuierlich umsetzen. Zum Teil musste der Flechtvorgang, Schritt für Schritt, verbal begleitet werden. In der darauffolgenden Woche war der Arbeitsvorgang vergessen.

Im Allgemeinen benötigte Fr. Y. eine kontinuierliche Hilfestellung und z.T. aktive Begleitung, um den Korb fertigstellen zu können. Das Führen nach Affolter war nicht erforderlich. Das Herstellen des Korbes war für sie sehr fordernd. Dennoch hielt sie am Wunsch fest, diesen herstellen zu wollen. Durch die Flexibilität und ständige Adaption seitens des Therapeuten zeigte sich Fr. Y. stets aufgabenbereit weiterzumachen obwohl sie an ihre Grenzen stieß. Während der Tätigkeit wirkte sie zwar gefordert aber auch wach und zufrieden über Erreichtes. Trotz, der erheblichen Schwierigkeiten, waren Frustration, Abwehr oder Ärger zu keinem Zeitpunkt zu beobachten. Nach Fertigstellung zeigte sie sich sichtlich stolz. Noch heute ist der Prozess und der Korb Gegenstand von Gesprächen.

Anhang (D): Fallbeispiel 3

Herr Z. ist 94 Jahre alt und seit April 2015 in regelmäßiger ergotherapeutischer Behandlung. Die Grunddiagnose lautet: Enzephalopathie, nicht näher bezeichnet; Einschränkung der Beweglichkeit, Geschicklichkeit, Selbstversorgung, Verhalten, Gangstörung, Bewegungsstörungen. Hr. Z. ist ein gebildeter Mann, dem es stets wichtig war sich verbal auszutauschen und Themen außerhalb des Wohnheimes zu besprechen. Seit Dez. 2017 ist eine deutliche Veränderung seiner kognitiven Fähigkeiten festzuhalten zudem folgten sprachliche Defizite in der Sprachproduktion (bei vorhandenem Sprachverständnis) und Handlungsunsicherheiten, sodass die behandelnde Neurologin von einer demenziellen Veränderung sprach. Hr. Z. baute relativ schnell mit dem Verlust der Sprachproduktion einen hohen Leidensdruck auf. Da er die Peddigrohrarbeit bereits durch seine Frau (92-jährige, an Demenz erkrankte Frau) kennengelernt hatte, konnte er sich sofort auf das Angebot im Mai, einen Korb herzustellen, einlassen. Die Zielsetzung lag in diesem Falle beim Fertigen des Korbes mit dem Bewusstsein etwas herstellen zu können. Bis Anfang Juni zeigte sich Hr. Z. dies bezüglich zufrieden und nahezu selbständig in der Ausführung beim z.B. Nachbohren der Löcher, Kontrolle der Lochgröße und beim Schmiergeln. Bestehende Nackenschmerzen und auffällige Müdigkeit beeinflussten das Weiterarbeiten. Bereits am 13.07. war es Hr. Z. kaum noch möglich den Seitenschneider zu bedienen und benötigte hierbei das Führen nach Affolter. Der Wunsch weiterzumachen ist jedoch geblieben. Aufgrund der überraschenden Verschlechterung seiner Handlungsfähigkeit war es zu diesem Zeitpunkt fraglich inwieweit der Korb beendet werden könnte.