



Posterband der Bachelorarbeit 2 des Jahrgangs 2019-2022

Studiengang Ergotherapie
Studienbereich Gesundheit & Soziales



Bachelorarbeiten aus dem Fachbereich Geriatrie



„Wer rastet, der rostet!“

Betätigungsmöglichkeiten von Senior*innen

Einleitung

Um gesund Alt zu werden sind einerseits die Ernährung und der Lebensstil ausschlaggebend. Andererseits sind auch die geistige Fitness und Betätigungen wichtige Faktoren [1]. Durch fehlende bedeutungsvolle Betätigungen von Senior*innen kann es zu einem Kreislauf des Betätigungsverlustes führen. Dabei kommt es durch die fehlenden Aktivitäten zu reduzierten körperlichen und kognitiven Leistungen und einem erhöhten Betreuungsbedarf. Die Betroffenen verlieren die Motivation sich zu betätigen und werden noch inaktiver. Da die Betätigung von Menschen zu den Kerngebieten der Ergotherapie gehört, können Ergotherapeut*innen mit ihrem Wissen diesem Kreislauf entgegenwirken [2]. Aus diesem Grund widmet sich diese Arbeit der Frage nach den vorhandenen Betätigungsmöglichkeiten von Senior*innen in „alternativen Lebensräumen“ und Alten- und Pflegeheimen.

Methodik

Um die folgende Forschungsfrage zu beantworten, wurden eine systematische Literaturrecherche und leitfadensbasierte Interviews durchgeführt.

In welcher Form unterscheiden sich die Betätigungen von Senior*innen in einem „alternativen Lebensraum“ von jenen der Senior*innen in einer Pflegeeinrichtung?

Aktuelle Literatur wurde in verschiedenen Datenbanken in deutscher und englischer Sprache gesucht. Für die zwei Interviews wurden leitende Personen aus einem „alternativen Lebensraum“ und einem Alten- und Pflegeheim herangezogen. Die Interviews wurden im Anschluss mit einem induktiven Vorgehen einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Literaturrecherche zeigen, dass durch den Umzug in eine Betreuungseinrichtung vermehrt bedeutungsvolle Betätigungen für die Senior*innen wegfallen. Gründe dafür sind beispielsweise die fehlenden Möglichkeiten, aber auch der gesundheitliche Zustand der Bewohner*innen [3, 4, 5, 6, 7, 8]. Dies stimmt zu einem großen Teil auch mit den beiden geführten Interviews überein. Die Interviewpartner*innen aus beiden Einrichtungen beschreiben, dass die Betätigung durch geringe personelle Ressourcen, geringe finanzielle Mittel und auch den gesundheitlichen Zustand der Menschen eingeschränkt ist. Vor allem im Alten- und Pflegeheim kommen auch strukturelle Gegebenheiten dazu, die die Aktivitäten von den Bewohner*innen einschränken. Hier bestehen für die Senior*innen in „alternativen Lebensräumen“ mehr Möglichkeiten, sich zu betätigen. Auch die kleinere Gruppe ist in dieser Wohnform förderlich für bedeutungsvolle Aktivitäten der Bewohner*innen [9, 10].

Diskussion

Im Zuge dieser Arbeit werden einige Problembereiche festgehalten, die Senior*innen in Wohneinrichtungen daran hindern, sich zu betätigen. Da die Betätigung von Menschen ein Kerngebiet der Ergotherapie darstellt, würde ein vermehrter Einsatz dieser Berufsgruppe in den beiden Wohnformen eine wesentliche Verbesserung für Senior*innen darstellen. Durch die Arbeit konnte festgestellt werden, dass in „alternativen Lebensräumen“ noch mehr Möglichkeiten für die Bewohner*innen bestehen sich zu betätigen. Um dies jedoch besser beurteilen zu können, müsste diese Studie ausgeweitet und mehrere „alternative Lebensräume“ und Alten- und Pflegeheime befragt werden.

Literatur

- [1] Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2022b). Voraussetzungen für gesundes Altern. Zugriff am 16.06.2022. Verfügbar unter: <https://www.gesundheit.gv.at/leben/altern/aelter-werden/voraussetzungen.html>
- [2] O'Sullivan, G. & Hocking, C. (2006). Positive ageing in residential care. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 53(1), 17–23.
- [3] Uemura, J.-I., Hoshino, A., Igarashi, G. & Nishio, S. (2018). Changes in Activity: Experience of New Admissions to a Long-Term Care Facility. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 36(2-3), 221–233.
- [4] Knecht-Sabres, L. J., Del Rosario, E. P., Erb, A. K., Rozko, M. & Guzman, R. (2020). Are the Leisure and Social Needs of Older Adults Residing in Assisted Living Facilities Being Met? *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 38(2), 107–128.
- [5] Sagari, A., Tabira, T., Maruta, M., Miyata, H., Han, G. & Kawagoe, M. (2021). Causes of changes in basic activities of daily living in older adults with long-term care needs. *Australasian Journal on Ageing*, 40(1), e54–e61.
- [6] Imaginário, C., Rocha, M., Machado, P., Antunes, C. & Martins, T. (2020). Functional capacity and self-care profiles of older people in senior care homes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(1), 69–77.
- [7] Morgan-Brown, M. & Brangan, J. (2016). Capturing Interactive Occupation and Social Engagement in a Residential Dementia and Mental Health Setting Using Quantitative and Narrative Data. *Geriatrics (Basel, Switzerland)*, 1(3).
- [8] Krizaj, T., Warren, A. & Slade, A. (2018). "Holding on to What I Do": Experiences of Older Slovenians Moving into a Care Home. *The Gerontologist*, 58(3), 512–520.
- [9] Interview A (2022)
- [10] Interview B (2022)
- Bild: Julita from Pixabay. Zugriff am 24.08.2022. Verfügbar unter: <https://pixabay.com/photos/park-bike-senior-lonely-cycling-5528190/>





Bild 1

Sturzpräventionsmaßnahmen im Rahmen der Ergotherapie bei geriatrischem Klientel



Bild 2

Daniela Aichholzer

Studiengang Ergotherapie

Fachhochschule Kärnten



Bild 3

Hintergrund

Stürze im Alter sind häufig mit vielen Komplikationen verbunden, die den Alltag der betroffenen Klient*innen deutlich einschränken können. Angesichts der steigenden Lebenserwartung zeigen sich Maßnahmen zur Sturzprophylaxe als äußerst bedeutsam, um die Lebensqualität gefährdeter Personen bis ins höhere Alter so lange wie möglich aufrechtzuerhalten [6], [7], [11]. Die Ergotherapie mit ihrem ganzheitlichen Ansatz analysiert beispielsweise Verhaltensweisen, adaptiert räumliche Gegebenheiten und stärkt das Selbstvertrauen bei der Durchführung von Aktivitäten [1].

Zielsetzung & Fragestellung

Ziel der Bachelorarbeit ist es, durch Beantwortung der Forschungsfrage „**Welche Wirkungen zeigen ergotherapeutische Maßnahmen im Rahmen der Sturzprävention bei Personen über 65 Jahren?**“ die Möglichkeiten sowie die Wirksamkeit von ergotherapeutischen Maßnahmen im Rahmen der Sturzprävention aufzuzeigen und diese miteinander zu vergleichen.

Methodik

Folgende Schritte wurden beim Forschungsprozess eingehalten [10]:

	Identifizierung der Forschungsfrage
	Literaturrecherche
	Auswahl der Literatur (inklusive Ein- und Ausschlusskriterien)
	Analyse und Darstellung der gewonnenen Daten
	Beschreibung der Ergebnisse

Die Forschungsfrage wurde anhand einer systematischen Literaturrecherche sowie einer empirischen Forschungsmethodik, durch die Sammlung qualitativer Daten, beantwortet. Die Recherche der Literatur erfolgte in unterschiedlichen Datenbanken wie beispielsweise Pub Med, EBSCOhost, Cochrane Library und OT seeker. Um die Aussagen der Studien zu bekräftigen, wurden zwei leitfadengestützte Interviews mit Expert*innen der Ergotherapie durchgeführt, nach den Transkriptionsregeln von Dresing und Pehl (2018) transkribiert und mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Elo und Kyngäs (2008) ausgewertet [2], [3].

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Studien sowie die der Expert*inneninterviews tragen dazu bei, dass eine Kombination der ergotherapeutischen Maßnahmen in der Sturzprävention positive Auswirkungen auf die Person, deren Umwelt und deren Betätigungen haben kann, wenn die Klient*innen über eine ausreichende Compliance verfügen und in der Lage sind, jene Maßnahmen kognitiv zu erfassen [4], [5], [9]. Grundsätzlich gilt aber, dass die Behandlung geriatrischer Klient*innen einen multidisziplinären Ansatz erfordert, um die Komplexität der Krankheiten und Probleme, die in Bezug auf das Alter entstanden sind, zu behandeln [5].

Kategoriensystem

Durch die deduktiv-induktive Vorgehensweise konnten acht Unterkategorien und drei Hauptkategorien generiert werden [3], [8]:

	Person: Verhalten, Sturzangst, Wissen, Balance & posturale Haltungskontrolle
	Umwelt: Angehörige, Sicherheit im eigenen Wohnraum
	Betätigung: Aktivitäten des täglichen Lebens, Mobilität

Diskussion & Schlussfolgerung

Die Ergotherapie ist ein wichtiger Bestandteil des multidisziplinären Teams im Bereich der Sturzprävention. Voraussetzungen für die erfolgreiche Umsetzung dieser Maßnahmen sind eine ausreichende kognitive Leistungsfähigkeit, Motivation und die Mitarbeit der Klient*innen. Um zukünftig mehr Stürze verhindern zu können, sollten jene Präventionsmaßnahmen bereits frühzeitig angesetzt werden [4], [5].

Literaturverzeichnis

- [1] Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (2021). Sturzprophylaxe durch Ergotherapeut:innen. Zugriff am 15.06.2022 unter <https://dve.info/resources/pdf/service/presse/4422-blitzlicht-sturzprophylaxe-10-2021/file>
- [2] Dresing, T. & Pehl, T. (2018). Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende (8. Auflage). Marburg: Eigenverlag. Zugriff am 25.06.2022 unter https://www.audiotranskription.de/wp-content/uploads/2020/11/Praxisbuch_08_01_web.pdf
- [3] Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- [4] Interview 1 (2022): Ergebnisse eines unveröffentlichten Expert*inneninterviews.
- [5] Interview 2 (2022): Ergebnisse eines unveröffentlichten Expert*inneninterviews.
- [6] Jansenberger. (o. D.). Mit zielgerichteter Sturzprävention schwere Stürze verhindern! Zugriff am 07.04.2022 unter <https://www.jansenberger.at/de/sturzpraevention.html>
- [7] Kaeding, T. S. (2009). Stürze im Alter. *Sportwissenschaft*, 39(1), 45–51. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12662-009-0006-6> [2] Weinstein, M. & Booth, J. (2006). Preventing Falls in Older Adults: A Multifactorial Approach. *Home Health Care Management & Practice*, 19(1), 45–50. DOI: <https://doi.org/10.1177/1084822306292232>
- [8] Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P. & Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation Model: A Transactional Approach to Occupational Performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 9–23. DOI: <https://doi.org/10.1177/000841749606300103>
- [9] Lombard, K., Desmond, L., Phelan, C. & Brangan, J. (2019). Irish occupational therapists use of evidenced-based falls prevention programmes. *Irish Journal of Occupational Therapy*, 48(1), 17–30. DOI: <https://doi.org/10.1108/IJOT-02-2019-0002>
- [10] Sturma, A., Ritschl, V., Denhardt, S. & Stamm, T. (2016). Reviews. In V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben*. Springer-Verlag GmbH. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-662-49908-5_8
- [11] Weinstein, M. & Booth, J. (2006). Preventing Falls in Older Adults: A Multifactorial Approach. *Home Health Care Management & Practice*, 19(1), 45–50. DOI: <https://doi.org/10.1177/1084822306292232>

Abbildungsverzeichnis

- Bild 1: Hananeko, Studio (o.D.). ID: 2145034567. Abgerufen am 20.08.2022 unter <https://www.shutterstock.com/image-photo/asian-senior-male-falling-on-ground-2145034567>. Lizenzfreies Stockfoto.
 Bild 2: Obrl, Tania (o.D.). ID: 1724179225. Abgerufen am 21.08.2022 unter <https://www.shutterstock.com/image-vector/young-girl-nurse-hugs-elderly-woman-1724179225>. Lizenzfreie Stockvektorgrafik.
 Bild 3: Valenty (o.D.). ID: 780784267. Abgerufen am 20.08.2022 unter <https://www.shutterstock.com/image-vector/continuous-line-drawing-happy-elderly-couple-780784267>. Lizenzfreie Stockvektorgrafik.



Kontakt:
 Daniela Aichholzer
 Studiengang Ergotherapie
 Fachhochschule Kärnten
 danielarenate.aichholzer@edu.fh-kaernten.ac.at



Bachelorarbeiten aus dem Fachbereich Neurologie



Constraint-Induced Movement Therapy bei Hemiparese nach einem Schlaganfall

Hintergrund

Etwa 80% der Schlaganfallpatient*innen leiden nach einem Schlaganfall an einer motorischen Beeinträchtigung der oberen Extremität [1]. Zu den ergotherapeutischen Therapiemethoden für die Behandlung von armbetonten Hemiparesen zählt auch die Constraint-Induced Movement Therapie [2]. Bei der CIMT handelt es sich um einen „erzwungenen Gebrauch“ der betroffenen Extremität. Hierbei wird der paretische Arm bei Aktivitäten des täglichen Lebens aktiv eingesetzt und versucht, den erlernten Nichtgebrauch nach einem Schlaganfall umzukehren. Dazu wird der weniger betroffenen Arm immobilisiert und der paretische Arm für mehrere Stunden pro Tag forciert in funktionellen Übungen und Alltagsaktivitäten eingesetzt [4]

Fragestellung

Wie wirksam ist die Constraint-Induced Movement Therapy bei Patient*innen im Erwachsenenalter, welche an einer armbetonten Hemiparese nach einem Schlaganfall leiden?

Methodik

Für die Beantwortung der Forschungsfrage, wurde eine systematische Literaturrecherche sowie ein empirischer Teil durchgeführt. Mithilfe von unterschiedlichen medizinischen Datenbanken wurden sieben Studien als relevant betrachtet und zur Beantwortung der Forschungsfrage herangezogen. Im empirischen Teil wurde ein leidfadengestütztes Expert*inneninterview mit zwei Ergotherapeut*innen durchgeführt.

Ergebnisse

Bei den sieben verwendeten Studien gibt es eine deutlich positive Auswirkung der Constraint-Induced Movement Therapy auf die am Beginn bestehende Einschränkung des betroffenen Armes. Ebenso die Expert*innen berichteten über eine Verbesserung nach der Anwendung. Es zweigen sich bei allen Studien und auch bei den Interviews ein deutlicher Anstieg der motorischen Funktion des paretischen Armes, aber auch eine vermehrte Nutzung des betroffenen Armes bei den Aktivitäten des täglichen Lebens. Zusätzlich konnte auch die Lebensqualität [4], der psychosoziale Stress [5] und die spastikbezogenen Daten [6] verbessert werden. Eine Studie zeigt auch, dass die Constraint-Induced Movement Therapy auch bei Patient*innen mit schwerer Hemiparese zu einem positiven Ergebnis im Einsatz des Armes bei den ADLs führt. Hier zeigt sich auch eine Steigerung der Leistungsskala und der Zufriedenheitsskala des COPM [7].

Diskussion

Die CIMT ist eine wissenschaftlich gut erforschte und belegte ergotherapeutische Therapiemethode. Die Anwendung der CIMT wirkt sich nicht nur positiv auf die Armfunktion des paretischen Armes sondern auch auf die Ausführung in den ADLs, die Lebensqualität und die Spastizität aus.

Durch den vermehrten Zeit- und Personalaufwand der ursprünglichen Version der CIMT, ist die Eingliederung in den Praxisalltag deutlich erschwert. Aus diesem Grund rückt die modifizierte CIMT sowohl in den Studien als auch in der Praxis immer mehr in den Vordergrund

Abbildung :
Sincerely Media (2022). Abgerufen am 30.08.2022, unter <https://unsplash.com/photos/ohMu8iQfmY>

Literatur:
[1] Kwakkel, G., Veerbeek, J. M., van Wegen, E. E., & Wolf, S. L. (2015). Constraint-induced movement therapy after stroke. *Lancet Neurol*, 14(2), 224-234.
[2] Dünwald, U., & Habermann, C. (2009). Hemiplegie. In C. Habermann & F. Kolster (Eds.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie* (pp. 203-263). Stuttgart: Thieme.
[3] Hanzel, F. (2008). Constraint-induced-movement-Therapie (CIMT). In F. Hanzel (Ed.), *Update Physiotherapie: Evidenzbasierte NeuroReha* (pp. 31-40). Stuttgart: Thieme.
[4] Kelly, K. M., Borstad, A. L., Kline, D., & Gauthier, L. V. (2018). Improved quality of life following constraint-induced movement therapy is associated with gains in arm use, but not motor improvement. *Top Stroke Rehabil*, 25(7), 467-474.
[5] Park, H. Y., Yoo, E. Y., Park, S. H., Park, J. H., Kang, D. H., Chung, B. I. et al. (2012). Effects of forced use combined with scheduled home exercise program on upper extremity functioning in individuals with hemiparesis. *NeuroRehabilitation*, 31(2), 185-195.
[6] Kagawa, S., Koyama, T., Hosomi, M., Takebayashi, T., Hanada, K., Hashimoto, F. et al. (2013). Effects of constraint-induced movement therapy on spasticity in patients with hemiparesis after stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis*, 22(4), 364-370.
[7] Uswatte, G., Taub, E., Bowman, M. H., Delgado, A., Bryson, C., Morris, D. M. et al. (2018). Rehabilitation of stroke patients with plegic hands: Randomized controlled trial of expanded Constraint-Induced Movement Therapy. *Restor Neural Neurosci*, 36(2), 225-244.

Kontakt
Carina Bichler
Fachhochschule Kärnten
Studiengang Ergotherapie
Carina.Bichler@edu.fh-kaernten.ac.at

Das Perfetti-Konzept

bei der ergotherapeutischen Behandlung von Schlaganfall-Patient*innen



Anja Osinger | Studiengang Ergotherapie 2019-2022 | FH Kärnten

Hintergrund

In Österreich erleiden jährlich ca. 25.000 Menschen einen Schlaganfall. Dieses Geschehen zählt in Österreich zur dritthäufigsten Todesursache und ist die Hauptursache für bleibende Behinderungen (1). Aufgrund der Einschränkungen auf der körperlichen sowie auf der kognitiven Ebene, ist bei einem Schlaganfall der Mensch als Ganzes betroffen. Da es das Hauptziel in der Ergotherapie ist, den Patient*innen bei der Bewältigung von alltäglichen und beruflichen Herausforderungen zu ihrer größtmöglichen Handlungsfähigkeit zu verhelfen, ist diese Therapie ein unverzichtbarer Teil der interdisziplinären Rehabilitation von Insultpatient*innen (4). Eine bereits etablierte Therapiemethode ist das Perfetti-Konzept. Diese kognitiv-therapeutischen Übungen wurden von Dr. Carlo Perfetti, einem italienischem Neuropsychiater, entwickelt. Die Therapie ist in einem drei-Stufen-System aufgebaut, bei dem die Schwierigkeit immer wieder erhöht wird (6). Das Ziel dieser kognitiv-therapeutischen Übungen ist es, das zentrale Nervensystem (ZNS) wieder zu (re-)organisieren. Dieser Prozess findet zuerst im Gehirn statt und führt dann in weiterer Folge zu einer Veränderung in der Bewegungsausführung (6).



Ziel und Forschungsfrage

Das Ziel der Bachelorarbeit ist es, das Perfetti-Konzept bei der ergotherapeutischen Behandlung von Patient*innen, die einen Schlaganfall erlitten haben, zu untersuchen. Daraus ergibt sich folgende Forschungsfrage:

„Welchen Beitrag kann die Therapie nach dem Perfetti-Konzept im Rahmen der ergotherapeutischen Behandlung von Patient*innen nach einem Schlaganfall leisten?“

Methodik

Um die Forschungsfrage adäquat zu beantworten, teilt sich die Methodik in zwei Teile. Im Zuge des literarischen Parts wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Dabei wurden sechs Studien und Reviews ausgewählt, die sich mit den aktuellen Evidenzen des Perfetti-Konzepts auseinandersetzen. Zusätzlich wurden im empirischen Teil Expert*innen-Interviews mithilfe eines literaturbasiereten Interviewleitfadens durchgeführt und die Erkenntnisse mit den Ergebnissen aus den Studien verglichen.

Diskussion

Die Anforderungen an die Rehabilitation werden vom Perfetti-Konzept erfüllt. Das bedeutet, dass Patient*innen, die nach einem Schlaganfall nach dem Perfetti-Konzept behandelt werden, besser regenerieren, als bei einer spontanen Remission (6). Die Evidenzen, dass eine Behandlung nach dem Perfetti-Konzept bessere Resultate erzielt als die konventionelle Ergotherapie bzw. als andere Behandlungskonzepte, sind gering.

Ergebnisse

Kategorien	Studienergebnisse	Interviewpartner*innen
Motorik	Drei von sechs Studien und Reviews stellten bessere Ergebnisse nach einer Therapie mit dem Perfetti-Konzept fest (3) (5) (7).	Alle Interviewpartner*innen sind sich einig, dass das Perfetti-Konzept die Motorik nach einem Schlaganfall wieder verbessert (IP1) (IP2) (IP3).
Sensorik	Beide Studien, die die Sensorik untersuchten, konnten Verbesserungen feststellen (3) (7). Allerdings konnten nur bei einer Studie Unterschiede zur Kontrollgruppe festgestellt werden (3).	Die Interviewpartner*innen geben einstimmig an, Verbesserung der Sensorik in der Therapie feststellen zu können (IP1) (IP2) (IP3).
Aktivitäten des täglichen Lebens	Laut zwei Studien gab es keine signifikant größeren Verbesserungen nach der Therapie mit dem Perfetti-Konzept im Vergleich zur Kontrollgruppe (3) (5).	Laut IP1 und IP2 steht die Performanz der Aktivitäten des täglichen Lebens nicht im Zentrum ihrer Therapie, allerdings stellen sie doch Verbesserungen fest. IP2 gibt an, dass sich die Performanz bei ihren Patient*innen immer verbessert.
Lebensqualität	Eine Studie beschäftigte sich damit und konnte im Vergleich zur Kontrollgruppe keine Verbesserungen feststellen (5).	Von den Interviewpartner*innen gibt es keine Angaben.
Handlungsfähigkeit	Dieser Punkt wurde in keiner Studie untersucht.	IP1, IP2 und IP3 sind sich einig, dass sich die Handlungsfähigkeit verbessert.

Ausblick

Die Ergotherapie bekommt immer mehr den Schwerpunkt betätigungsorientiert zu arbeiten (2). Das ist jedoch beim Perfetti-Konzept nicht der Fall, denn in dieser Therapie werden kleinste Teilschritte einer Bewegung verwendet, um die (Re-)Organisation des ZNS wieder zu aktivieren (6). Dadurch wird es immer schwieriger den Einsatz des Konzeptes in der Ergotherapie zu argumentieren.

Quellen: 1 Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz [Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Hrsg.] (2022). Schlaganfall. Verfügbar unter: <https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/gehirn-nerven/schlaganfall/inhalt>
2 Böttger, T., Höyneck, J. & Pott, U. (2010). Occupation-based intervention as opportunity for participation-oriented rehabilitation of individuals with apraxia – a propositional inventory. *Neurol Rehabil*, 16(3), 143–151. Verfügbar unter: https://www.hippocampus.de/me-dia/316/cms_4c4939f8f199f.pdf
3 Choi, W. (2022). Effects of Cognitive Exercise Therapy on Upper Extremity Sensorimotor Function and Activities of Daily Living in Patients with Chronic Stroke: A Randomized Controlled Trial. *Healthcare* (Basel, Switzerland), 10(3). <https://doi.org/10.3390/healthcare10030429>
4 Habermann, C. (2009). Der Gegenstandsbereich der Ergotherapie und seine Elemente. In C. Habermann (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie*, 162 Tabellen [Ergotherapie-Lehrbuch, 2., überarb. Aufl.]. Stuttgart: Thieme.
5 Lee, S., Bae, S., Jeon, D. & Kim, K. Y. (2015). The effects of cognitive exercise therapy on chronic stroke patients' upper limb functions, activities of daily living and quality of life. *34 Journal of Physical Therapy Science*, 27(9), 2787–2791. <https://doi.org/10.1589/jpts.27.2787>
6 Perfetti, C. (1997). *Der hemiplegische Patient. Kognitiv-therapeutische Übungen* (Pflaum Physiotherapie). München u.a.: Pflaum.
7 Sallés, L., Martín-Casas, P., Gironés, X., Durà, M. J., Lafuente, J. V. & Perfetti, C. (2017). A neurocognitive approach for recovering upper extremity movement following subacute stroke: a randomized controlled pilot study. *Journal of Physical Therapy Science*, 29(4), 665–672. <https://doi.org/10.1589/jpts.29.665>
Bild 1: Ciprian, A. (o.J.). 3D-Darstellung eines Gehirns. Abgerufen am: 31.08.2022 unter <https://www.shutterstock.com/image-illustration/3d-rendering-brain-1031892406> Standardlizenz Shutterstock. Bild 2: Adike (o.J.). nerve cells. Abgerufen am: 31.08.2022 unter <https://www.shutterstock.com/image-illustration/nerve-cells-291476537> Standardlizenz Shutterstock



Ergotherapeutische Behandlung bei Menschen mit Apraxie nach einem Schlaganfall

HINTERGRUND

Die Symptome einer Apraxie infolge eines Schlaganfalls können je nach Ausprägung sehr belastend für die Betroffenen und deren Angehörige sein. Denn durch die Defizite in den Domänen Objekt- und Werkzeuggebrauch, kommunikativer Gestenproduktion und Imitation haben die Patient*innen massive Probleme bei der Durchführung von Alltagsaktivitäten und sind in vielen Lebenssituationen in ihrem Betätigungsverhalten und ihrer Partizipation erheblich eingeschränkt [1,2]. Die Behandlung dieser Klient*innengruppe stellt aufgrund der speziellen Anforderungen sowohl das Rehabilitationsteam als auch die Betroffenen und deren Angehörige vor eine Herausforderung, wobei insbesondere die klientenzentrierte sowie alltags- und handlungsorientierte ergotherapeutische Arbeit bei diesem schwer beeinflussbaren Störungsbild eine bedeutende Rolle spielt [3].

METHODIK

Die Beantwortung der folgenden Forschungsfrage wurde sowohl literaturbasiert als auch empirisch aufbereitet. Durch eine systematische Literaturrecherche konnten relevante Quellen aus medizinischen Datenbanken in deutscher und englischer Sprache herangezogen werden. Der empirische Teil erfolgte in Form von literaturbasierten semistrukturierten Expertinneninterviews mit vier Ergotherapeutinnen.

Welche ergotherapeutischen Interventionen werden bei Menschen mit Apraxie nach einem Schlaganfall angewandt und wie steht es um deren Evidenz?

ERGEBNISSE

Es gibt zahlreiche Interventionen, die bei der Behandlung von Apraxien nach Schlaganfällen in der Ergotherapie eingesetzt werden können (siehe Abbildung rechts). Der Großteil der in den Studien untersuchten Maßnahmen weist positive Therapieeffekte auf [4, 5, 6, 7, 8, 9]. Wichtige Grundsätze als Therapeut*in bei der Behandlung von Apraxiepatient*innen sind das Geben von regelmäßigem Feedback, klar verständlichen Instruktionen sowie hilfreicher Unterstützung [5, 7, 8]. Außerdem muss bei der Therapiedurchführung stets bedacht werden, dass nur selten eine Generalisierung oder ein Transfer der Trainingseffekte stattfindet [2]. Daher sollte die Behandlung aufgrund der Komplexität dieses Störungsbildes stets ziel- und kontextorientiert, klientenzentriert und strukturiert sein [9, 10].

ADL-Training

Angehörigenarbeit

Strategietraining

Ansatz des fehlerfreien Lernens & direktes Training

Detailtraining & Explorationstraining

Führen nach Affolter

Gestentraining

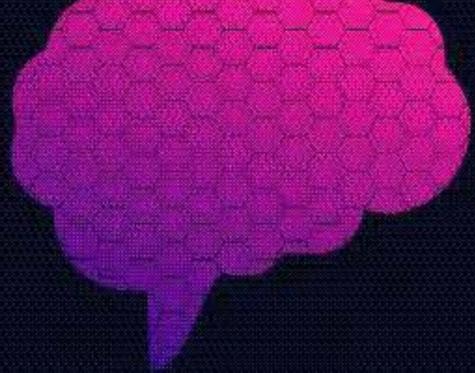
DISKUSSION

Der vielfältigen und individuellen Arbeit der Ergotherapie bei Klient*innen mit Apraxie nach einem Schlaganfall wird sowohl vonseiten der Forschung als auch aus Sicht der befragten Ergotherapeutinnen viel Potential beigemessen [11]. Beim Untersuchen der ausgewählten Studien wurde deutlich, dass die wissenschaftliche Datenlage zu diesem Forschungsgegenstand vielversprechend, jedoch begrenzt ist. Aus diesem Grund ist es äußerst wichtig, dass diesbezüglich noch intensivere Untersuchungen auf wissenschaftlicher Ebene erfolgen, um die Effektivität der Maßnahmen besser einschätzen zu können.

Literatur
 [1] Goldenberg, G. (2007). Neuropsychologie. Grundlagen, Klinik, Rehabilitation (4. Aufl.). München: Elsevier GmbH.
 [2] Böttger, T., Höyck, J., Kohn, B. & Pott, U. (2020). Betätigungsorientierung in der Ergotherapie als Chance für teilhabeorientierte Rehabilitation bei Apraxie – eine Bestandsaufnahme. Neurologie & Rehabilitation, 16(6), 143–151.
 [3] Wors, C., Rivens, A., Hesketh, A. & Vek, A. (2008). Interventions for motor apraxia following stroke. The Cochrane Database of Systematic Reviews, (1), CD004132. <https://doi.org/10.1002/14651908.CD004132.pub2>
 [4] Dovern, A., Fink, G. & Weiss, P. (2013). Diagnostik und Therapie der Gliedmaßenapraxie. Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie, 79(06), 345–357. <https://doi.org/10.1055/s0029-12460>
 [5] Van Belleghem, T. & Goldthorpe, S. (2011). Apraxia in neurorehabilitation: Classification, assessment and treatment. Neurorehabilitation, 28(2), 91–98. <https://doi.org/10.3233/NHE-2011-0637>
 [6] IP1 (2022). Unveröffentlichte Ergebnisse eines Interviews
 [7] IP2 (2022). Unveröffentlichte Ergebnisse eines Interviews
 [8] IP3 (2022). Unveröffentlichte Ergebnisse eines Interviews
 [9] IP4 (2022). Unveröffentlichte Ergebnisse eines Interviews
 [10] Van Heugten, C. M. (2002). Rehabilitation and management of apraxia after stroke. Reviews in Clinical Gerontology, 11(2), 177–184. <https://doi.org/10.1017/S09595798020011285>
 [11] Tempesi, S. & Roden, P. (2008). Exploring Evidence-based Practice by Occupational Therapists when Working with People with Apraxia. British Journal of Occupational Therapy, 71(1), 33–37. <https://doi.org/10.1177/030802200807100106>

Abbildungen
 (1) Abbildung 1. Training von Alltagsaktivitäten. Quelle: Privat
 (2) Abbildung 2. Haare kämmen. Quelle: Privat
 (3) Abbildung 3. Zahnpflege. Quelle: Privat





Constraint – induced Movement Therapy

Das Anwenderverhalten der CIMT in österreichischen neurologischen Rehabilitationskliniken in Bezug auf das ergotherapeutische Setting

Hintergrund

Der Schlaganfall zählt zu einer der häufigsten neurologischen Erkrankungen [1]. Ein solches Ereignis bringt oft schwerwiegende Folgen mit sich, daher ist eine zeitnahe medizinische und therapeutische Versorgung von großer Bedeutung [2]. Es ist nur jede*r vierte Schlaganfallpatient*in in der Lage, in gleichem Ausmaß am Leben teilzuhaben wie vor dem Schlaganfallereignis [3]. Das Ziel von Ergotherapeut*innen ist es, den Menschen die Teilhabe an Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) nach einem Schlaganfall zu ermöglichen [4]. Eine therapeutische, evidenzbasierte Maßnahme aus der Ergotherapie in der Rehabilitation von Schlaganfallpatient*innen, ist die Constraint-induced Movement Therapy (CIMT) [5]. Durch den Einsatz der CIMT werden Bewegungen der betroffenen Extremität mittels repetitiven Trainings gefördert. Die weniger betroffene Gliedmaße wird während 90% der Wachstunden zurückgehalten, damit Patient*innen gezwungen werden, die betroffene Extremität einzusetzen [6].

Methodik

Um die Forschungsfrage zu beantworten, wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Diese erfolgte in verschiedenen Datenbanken wie PubMed, Cochrane Library, PEDro, Google Scholar, UBsearch und EBSCOhost. Zusätzlich wurde auf den Onlineseiten der Verlage Thieme, Springer und Elsevier recherchiert.

Um das Anwenderverhalten der CIMT von Ergotherapeut*innen zu evaluieren, wurde eine quantitative Onlineumfrage mittels des Onlinefragebogentools LimeSurvey erstellt. Aus der Literatur heraus wurden drei grobe Themenblöcke definiert: Demografische Daten, Anwendungsverhalten und eigene Erfahrungen. Die Onlineumfrage wurde in weiterer Folge an 24 neurologische Rehabilitationszentren in Österreich gesendet.

Ergebnisse

In den 11 herangezogenen Studien wurde der Fokus auf die Rehabilitation von Schlaganfallpatient*innen durch die Anwendung der CIMT gelegt. In einigen Studien wird davon berichtet, dass die CIMT in der Praxis nur selten zur Anwendung kommt, obwohl zahlreiche Studien die Erfolge der Therapieform bestätigen [7, 8]. Von den ausgewählten Studien thematisieren vier die modifizierte CIMT [9, 10, 11, 7]. Diese Methode konnte in allen ausgewählten Studien bessere Ergebnisse erzielen, als die konventionellen Therapiemaßnahmen. Eine Studie berichtet von signifikanten Ergebnissen in Bezug auf die Lebensqualität [11]. Zwei Studien konnten belegen, dass eine weitere Form der modifizierten Therapie, nämlich die homeCIMT, im Vergleich zur klassischen CIMT genauso wirksam ist [7] und im Vergleich zu einer klassischen rehabilitativen Therapie konnte die homeCIMT bessere Ergebnisse in Bezug auf die ADLs erzielen, nicht jedoch auf die motorischen Funktionen [12].



Abbildung 1: Berufserfahrung der befragten Ergotherapeut*innen



Abbildung 2: Umfragebeteiligung nach Bundesländern

Aus der Befragung zur Anwendung geht hervor, dass die meisten Therapeut*innen die CIMT bei Paresen nach Hirnschädigungen anwenden. Nur wenige nutzen das Konzept bei Multiple Sklerose und Querschnittverletzungen. Die meisten Therapeut*innen wenden die Therapieform modifiziert, also länger als 14 Tage, an.

Abbildung 3: Krankheitsbilder; Zeitliche Durchführung

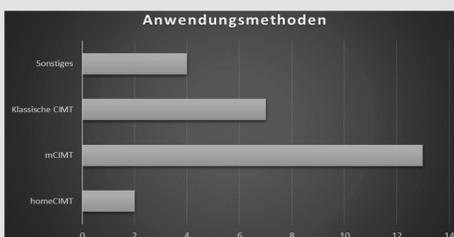


Abbildung 4: Anwendungsmethoden

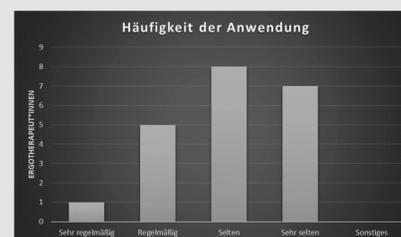


Abbildung 5: Anwendungsmethoden

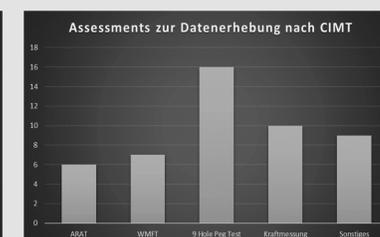


Abbildung 6: Assessments zur Datenerhebung nach CIMT



Abbildung 7: Erfahrungen aus den Bereichen Anwendung, Ergebnisse und Testauswertung

Diskussion

Der Behandlungsansatz CIMT hat seine Berechtigung. Trotzdem wird das Therapiekonzept nur selten angewendet. Daraus lässt sich ableiten, dass weitere Anpassungen, welche zur vermehrten Durchführung beitragen könnten, wünschenswert wären. Auch sollte intensiv über die Durchführung und die Inhalte der CIMT berichtet werden, um den Ansatz weiter unter Ergotherapeut*innen zu verbreiten.

Literatur

[1] Poeck, K. & Hacke, W. (2006). Neurologie (Springer-Lehrbuch, 12., aktualisierte und erweiterte Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
[2] Frommelt, P. & Lösslein, H. (2010). NeuroRehabilitation. Ein Praxisbuch für interdisziplinäre Teams. Berlin: Springer
[3] Kwakkel, G., Kollen, B. & Lindeman, E. (2004). Understanding the pattern of functional recovery after stroke: facts and theories. Restorative Neurology and Neuroscience, 22(3-5), 281–299
[4] World Federation of Occupational Therapists: <https://www.wfot.org/about/about-occupational-therapy>
[5] Platz, T. & Roschka, S. (2011). Rehabilitative Therapie bei Armlähmungen nach einem Schlaganfall. Patientenversion der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation. Bad Honnef: Hippocampus-Verl.
[6] Freyvogel, S. (2011). Forced-Use-Therapie, Constraint-Induced Movement Therapy (CIMT), bilaterales und bimanuelles Training. neuroreha, 3(04), 177–183. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1295556>
[7] Barzel, A., Liepert, J., Haevornick, K., Eisele, M., Ketels, G., Rijnjes, M. et al. (2009). Comparison of two types of Constraint-Induced Movement Therapy in chronic stroke patients: A pilot study. Restorative Neurology and Neuroscience, 27(6), 673–680. <https://doi.org/10.3233/RNN-2009-0524>
[8] Taub, E., Uswatte, G., King, D. K., Morris, D. M., Crago, J. E. & Chatterjee, A. (2006). A placebo-controlled trial of constraint-induced movement therapy for upper extremity after stroke. Stroke, 37(4), 1045–1049. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000206463.66461.97>

[9] Treger, I., Aidinof, L., Lehrer, H. & Kalichman, L. (2012). Modified constraint-induced movement therapy improved upper limb function in subacute poststroke patients: a small-scale clinical trial. Topics in Stroke Rehabilitation, 19(4), 287–293. <https://doi.org/10.1310/tst.1904-287>
[10] Smania, N., Gandolfi, M., Paduacci, S., Iosa, M., Ianes, F., Recchia, S. et al. (2012). Reduced-intensity modified constraint-induced movement therapy versus conventional therapy for upper extremity rehabilitation after stroke: a multicenter trial. Neurorehabilitation and Neural Repair, 26(9), 1035–1045. <https://doi.org/10.1177/1545968312446003>
[11] Dettmers, C., Teske, U., Hamzel, F., Uswatte, G., Taub, E. & Weiller, C. (2005). Distributed form of constraint-induced movement therapy improves functional outcome and quality of life after stroke. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 86(2), 204–209. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2004.05.007>
[12] Barzel, A., Ketels, G., Stark, A., Tetzlaff, B., Daubmann, A., Wegscheider, K. et al. (2015). Home-based constraint-induced movement therapy for patients with upper limb dysfunction after stroke (HOMECIMT): a cluster-randomised, controlled trial. The Lancet Neurology, 14(9), 893–902. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(15\)00147-7](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(15)00147-7)
Grafik:
(1) Irina Tatsina. (2020) Gehirn abstraktes, kreatives Design, Abgerufen am 21.08.2022 unter <https://www.istockphoto.com/de/vektor/gehirn-abstrakte-logo-kreatives-design-vektor-geist-symbol-brainstorming-konzept-gm1273748063-375486916?clarity=false>



Roboterassistierte Ergotherapie

Welche Auswirkungen hat die roboterassistierte Ergotherapie auf die motorische Rehabilitation der oberen Extremität nach einem Schlaganfall?

Hintergrund

Der Schlaganfall ist eine Volkskrankheit und kann als dritthäufigste Todesursache genannt werden. Zu den Erkrankungsfolgen zählen mitunter Lähmungen einer Körperseite, Beeinträchtigungen des Denkens, der Sprache oder des Sehens [8]. Technische Lösungen, wie roboterassistierte Geräte, rücken zunehmend in den Vordergrund und können in die ergotherapeutische Behandlung integriert werden [1].

Methodik

Es wurde mittels systematischer Literaturrecherche und 16 Studien aus diversen Datenbanken wie PubMed, OT seeker, Cochrane Library und EBSCOhost der theoretische Teil erarbeitet. Der empirische Teil beinhaltet die Durchführung und Auswertung von halbstrukturierten Leitfadeninterviews mit Ergotherapeut*innen. Schließlich wurden die Forschungsergebnisse anhand der Inhaltsanalyse nach Mayring [16] dargestellt.

Ergebnisse

Sowohl die roboterassistierte Therapie alleine als auch in Kombination mit konventioneller Therapie kann positive Auswirkungen auf die motorische Rehabilitation der oberen Extremität haben. In einer Studie [13] wird erläutert, dass Patient*innen, die eine Kombinationstherapie erhalten, bessere Werte erzielen können als Proband*innen, die nur roboterassistierte Therapie absolvieren. Roboterassistierte Therapie alleine konnte gegenüber der klassischen Ergotherapie bzw. einem aufgabenorientierten Training in zwei Studien [4, 14] jedoch keine Unterschiede hinsichtlich der Effektivität hervorbringen. Grundsätzlich können die Dosis und die Dauer der roboterassistierten Intervention die Behandlungseffekte beeinflussen [7].



Diskussion

Die roboterassistierte Ergotherapie kann in Zukunft neue Möglichkeiten in der Behandlung eröffnen. Einerseits wird eine hohe Anzahl an Wiederholungen ermöglicht, andererseits führt dies zu einer Erleichterung des Arbeitsalltages von Ergotherapeut*innen. Diese Form der Therapie kann die klassische Ergotherapie allerdings nur schwer ersetzen. Mithilfe konventioneller Methoden können vor allem Alltagshandlungen effektiver trainiert werden. Zudem erschwert der Einsatz von Technik den Aufbau von zwischenmenschlichen Beziehungen sowie die Interaktion bzw. den direkten Kontakt zu Patient*innen.

Literatur

[1] Becker, H., Scheemesser, M., Früh, M., Treusch, Y., Auerbach, H., Hüppi, R. A. et al. (2013). Robotik in Betreuung und Gesundheitsversorgung (Band 58). Zürich: vdf. <https://doi.org/10.3218/3521-6>

[2] Burdea, G., Kim, N., Pollicio, K., Kadaru, A., Gramppurthi, N., Hundal, J. et al. (2022). Robotic Table and Serious Games for Integrative Rehabilitation in the Early Poststroke Phase: Two Case Reports. *JMIR Rehabilitation and Assistive Technologies*, 9(2), [e16990]. <https://doi.org/10.2196/16990>

[3] Calabrò, R. S., Accorinti, M., Porcari, B., Carloti, L., Clatto, L., Billeri, L. et al. (2019). Does hand robotic rehabilitation improve motor function by rebalancing interhemispheric connectivity after chronic stroke? Encouraging data from a randomized clinical trial. *Clinical Neurophysiology: Official Journal of the International Federation of Clinical Neurophysiology*, 130(5), 767–780. <https://doi.org/10.1016/j.clinph.2019.02.013>

[4] Chen, Y.-W., Chiang, W.-C., Chang, C.-L., Lo, S.-M., & Wu, C.-Y. (2022). Comparative effects of EMG-driven robot-assisted therapy versus task-oriented training on motor and daily function in patients with stroke: a randomized cross-over trial. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*, 19(6). <https://doi.org/10.1186/s12954-023-00961-w>

[5] Chinembiri, B., Ming, Z., Kai, S., Xiu Fang, Z., & Wei, C. (2020). The fourier hz robotic machine combined with occupational therapy on post-stroke upper limb function and independence-related quality of life: A randomized clinical trial. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 28(1), 1–8. <https://doi.org/10.1080/10749357.2020.1755815>

[6] Daunoravičienė, K., Adomavičienė, A., Grigonytė, A., Griškevičius, J., & Juocevičius, A. (2018). Effects of robot-assisted training on upper limb functional recovery during the rehabilitation of poststroke patients. *Technology and Health Care: Official Journal of the European Society for Engineering and Medicine*, 26(5), 533–542. <https://doi.org/10.3233/THC-182500>

[7] Ferreira, F. M. R. M., Chaves, M. E. A., Oliveira, V. C., van Petten, A. M. V. N., & Vimeiro, C. B. S. (2018). Effectiveness of robot therapy on body function and structure in people with limited upper limb function: A systematic review and meta-analysis. *PloS One*, 13(7), [e0200390]. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200390>

[8] Grötzbach, H. (2018). *Schlaganfall. Verstehen - vorbeugen - behandeln: Was Betroffene, Angehörige und Therapeuten wissen sollten* (1. Auflage). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

[9] Hsieh, Y.-W., Lin, K.-C., Wu, C.-Y., Shih, T.-Y., Li, M.-W., & Chen, C.-L. (2018). Comparison of proximal versus distal upper-limb robotic rehabilitation on motor performance after stroke: a cluster controlled trial. *Scientific Reports*, 8(1), [2091]. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-20330-3>

[10] Hung, C.-S., Hsieh, Y.-W., Wu, C.-Y., Chen, Y.-J., Lin, K.-C., Chen, C.-L. et al. (2019). Hybrid Rehabilitation Therapies on Upper-Limb Function and Goal Attainment in Chronic Stroke. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 39(2), 116–123. <https://doi.org/10.1177/1539449218826439>

[11] Hung, C.-S., Hsieh, Y.-W., Wu, C.-Y., Lin, K.-C., Lin, J.-C., Yeh, L.-M. et al. (2019). Comparative Assessment of Two Robot-Assisted Therapies for the Upper Limb in People with Chronic Stroke. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 73(1), 730120510191-730120510199. <https://doi.org/10.5014/ajot.2019.022368>

[12] Hung, C.-S., Lin, K.-C., Chang, W.-Y., Huang, W.-C., Chang, Y.-J., Chen, C.-L. et al. (2019). Unilateral vs Bilateral Hybrid Approaches for Upper Limb Rehabilitation in Chronic Stroke: A Randomized Controlled Trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 100(12), 2225–2232. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2019.06.021>

[13] Watanabe, Y., Imura, T., Suzuki, T., Fukuyama, H., Ishii, T., Taki, S. et al. (2019). Combination of Exoskeletal Upper Limb Robot and Occupational Therapy Improve Activities of Daily Living Function in Acute Stroke Patients. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases: The Official Journal of National Stroke Association*, 28(7), 2018–2025. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2019.03.006>

[14] Kim, J.-H., Ko, M.-H., Park, J. W., Lee, H. J., Nam, K. Y., Nam, Y.-G. et al. (2021). Efficacy of Electromechanically-Assisted Rehabilitation of Upper Limb Function in Post-Stroke Patients: A Randomized Controlled Study. *Journal of Rehabilitation Medicine: Clinical Communications*, 4, 17. <https://doi.org/10.2340/16002030711000074>

[15] Lee, M.-J., Lee, J.-H., & Lee, S.-M. (2018). Effects of robot-assisted therapy on upper extremity function and activities of daily living in hemiplegic patients: A single-blinded, randomized, controlled trial. *Technology and Health Care: Official Journal of the European Society for Engineering and Medicine*, 26(4), 659–666. <https://doi.org/10.3233/THC-182536>

[16] Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (11. Neuausgabe). Weinheim: Beltz.

[17] Pila, O., Duret, C., Gracies, J.-M., Francisco, G. E., Bayle, N. & Hutin, E. (2018). Evolution of upper limb kinematics four years after subacute robot-assisted rehabilitation in stroke patients. *International Journal of Neuroscience*, 128(11), 1030–1039. <https://doi.org/10.1080/10020745.2018.1461626>

[18] Xia, Q., Li, C., Pan, Y., Li, W., Jia, T., Li, Z. et al. (2020). Impact of smart force feedback rehabilitation robot training on upper limb motor function in the subacute stage of stroke. *NeuroRehabilitation*, 47(2), 209–215. <https://doi.org/10.3233/NRE-200390>

[19] Yoon, D., Lee, S., Cho, S.-H., Park, H. & Kim, J. (2021). A randomized controlled trial on the effects of occupational therapy interventions using patient-centered robot-assisted rehabilitation for functional improvement in subacute stroke patients. *Journal of Mechanics in Medicine and Biology*, 21(09). <https://doi.org/10.1142/S021519421400406>

Abbildungen:
[B1] [B2] [B3] Befragte Personen / Interviewpartnerinnen
[1] Winstead, T. (2021). Hände Verbindung Zukunft Roboter. *Pexels*. Zugriff am 15.08.2022 unter <https://www.pexels.com/de-de/foto/hande-verbinding-zukunft-roboter-8386434/>
[2] Kerschbaumer Hannah

Ergotherapeutische Behandlung für die Auswirkungen von Multipler Sklerose auf das Altern

Inwiefern hat die Diagnose der Multiplen Sklerose Auswirkungen auf das Altern und welche ergotherapeutischen Maßnahmen können diesbezüglich zur Alltagserleichterung eingesetzt werden?

Einleitung

Die Multiple Sklerose ist eine entzündliche Erkrankung des Zentralnervensystems, welche durch Entmarkungen und den Abbau von Axonen ein buntes Spektrum an Symptomen verursacht [7]. Aufgrund der Unheilbarkeit [7] sowie der Lebenserwartung jener Patient*innen [3], sollte auf alle Altersgruppen mit einer solchen Diagnose ein Blick geworfen werden [1]. Die Ergotherapie kann sowohl bei der Symptombehandlung [5] als auch durch das Aufzeigen von Adaptierungs- und Aktivitätsmöglichkeiten unterstützen [9].

Methodik

Um die Forschungsfrage beantworten zu können, wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed, EBSCOhost, OT Seeker und Cochrane Library betrieben. Des Weiteren wurden zwei leitfadengestützte Interviews mit Expert*innen durchgeführt und im Nachgang nach Dresing und Pehl (2018) [2] transkribiert. Um für die Ergebnisauswertung ein geeignetes Kategoriensystem zu erstellen, wurde nach einem deduktiv-induktivem Ansatz gearbeitet. Die Analyse sämtlicher gewonnener Resultate erfolgte nach Elo und Kyngäs (2008) [4].

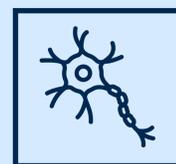
Ergebnisse

Für das Kategoriensystem konnten drei Hauptkategorien (Auswirkungen auf Person, Betätigung und Lebensqualität) und neun Subkategorien (Auswirkungen auf Selbstmanagement, Angstempfinden, manuelle Geschicklichkeit, Sensibilität, Energie, Gedächtnisleistung, Aktivitäten des täglichen Lebens/Freizeit, Mobilität, Partizipation/Teilhabe) erstellt werden. Die Resultate aus der Literaturrecherche sowie den durchgeführten Expert*inneninterviews legen nahe, dass eine Erkrankung an Multipler Sklerose in gewissem Maße Auswirkungen auf den Alterungsprozess von Betroffenen haben kann.

Des Weiteren konnten sowohl anhand der systematischen Recherche als auch der empirischen Forschungsmethodik ergotherapeutische Behandlungsmethoden zur Alltagserleichterung dieser Zielgruppe ausfindig gemacht werden. Maßnahmen hierfür wären beispielsweise Selbstmanagementprogramme [6, 8], körperliche Betätigung [11] oder die Hilfsmittelversorgung [10, 11].

Diskussion & Schlussfolgerung

Grundsätzlich wurde herausgefunden, dass Multiple Sklerose Auswirkungen auf den Alterungsprozess von Betroffenen haben kann. Dahingehend konnten mehrere Behandlungsmöglichkeiten aufgezeigt werden. Prinzipiell kann diese Erkrankung sehr vielseitig sein, aufgrund dessen sollte auf die Bedürfnisse und den Alltag von Betroffenen näher eingegangen werden [10].



Literaturverzeichnis

- [1] Buchanan, R. J., Chakravorty, B. J., Tyry, T., Hatcher, W. & Vollmer, T. (2009). Age-related comparisons of people with multiple sclerosis: demographic, disease, and treatment characteristics. *NeuroRehabilitation*, 25(4), 271–278. <https://doi.org/10.3233/NRE-2009-0525>
- [2] Dresing, T. & Pehl, T. (2018). Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende (8. Aufl.). Marburg: Eigenverlag.
- [3] Ebrahim, P. (2020). Therapie der Multiplen Sklerose: Im Alter absetzen oder fortführen? *Geriatric-Report*, 15(1), 28–32. <https://doi.org/10.1007/s42090-020-0198-3>
- [4] Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- [5] Friedrich, D. (2008). Multiple Sklerose - das Leben meistern. Eine Patientin gibt Rat und Informationen. Stuttgart: Trias Verlag.
- [6] Ghahari, S., Packer, T. L. & Passmore, A. E. (2009). Development, standardisation and pilot testing of an online fatigue self-management program. *Disability and Rehabilitation*, 31(21), 1762–1772. <https://doi.org/10.1080/09638280902751956>
- [7] Kip, M., Schönfelder, T. & Bleß, H.-H. (Hrsg.). (2016). *Weißbuch Multiple Sklerose. Versorgungssituation in Deutschland* (1. Aufl.). Berlin: Springer-Verlag GmbH.
- [8] Kos, D., Meirte, J., van Cauwenbergh, D. & Meeus, M. (2013). An individual self-management occupational therapy programme to optimize the performance and satisfaction of relevant daily activities in people with multiple sclerosis: a randomized controlled trial | Cochrane Library. *Multiple Sclerosis Journal*, 19, 74–558. <https://doi.org/10.1177/1352458513502429>
- [9] Lundmark, P. & Brånholm, I. B. (1996). Relationship between occupation and life satisfaction in people with multiple sclerosis. *Disability and Rehabilitation*, 18(9), 449–453. <https://doi.org/10.3109/09638289609165908>
- [10] Interview 1 (2022): Ergebnisse eines unveröffentlichten Expert*inneninterviews
- [11] Interview 2 (2022): Ergebnisse eines unveröffentlichten Expert*inneninterviews

Abbildungsverzeichnis

Bild 1: Altmann, G. (2018). Nerves. Abgerufen am 21.08.2022 von https://cdn.pixabay.com/photo/2018/12/14/17/18/nerves-3875437_960_720.jpg. Creative Commons Lizenz: BY-SA 2.0.

Kontakt

Verena Schramm
Studiengang Ergotherapie
Fachhochschule Kärnten
verena.schramm@edu.fh-kaernten.ac.at

CARINTHIA
UNIVERSITY
OF APPLIED
SCIENCES

FACHHOCHSCHULE
KÄRNTEN



Bachelorarbeiten aus dem Fachbereich Orthopädie



Licht am Ende des Karpaltunnels

Die konservative ergotherapeutische Behandlung beim Karpaltunnelsyndrom

Sanna Kanatschnig | Studiengang Ergotherapie

Welche konservativen Behandlungsmethoden stehen der Ergotherapie in der Therapie eines Karpaltunnelsyndroms zur Verfügung und wie steht es um deren Evidenz?

Hintergrund

Das Karpaltunnelsyndrom stellt die häufigste periphere Nervenkompression der oberen Extremität dar. Dabei kommt es zu einer Kompression des Nervus medianus im sogenannten Karpaltunnel [2]. Häufig wird diese Kompression durch bestimmte Betätigungen verursacht [1].

Nächtliche Parästhesien im Bereich der ersten drei radialen Finger sind als Leitsymptom charakterisiert. Hinzu kommen häufig elektrisierende Schmerzen [7].

Die Behandlung umfasst in den meisten Fällen eine Operation, ohne dass die genaue Ursache ermittelt wurde oder die Patient*innen zuvor eine konservative Therapie erhalten haben [1].

Methodik

Die Arbeit gliedert sich in einen literarischen und einen empirischen Teil. So wurde zur Beantwortung der Forschungsfrage zunächst eine Literaturrecherche durchgeführt. Nach Sichtung der angezeigten Ergebnisse, wurden insgesamt zehn Studien ausgewählt.

Für den empirischen Teil wurde drei halbstandardisierte Interviews mit drei Expert*innen (IP1-IP3) durchgeführt.

Die Ergebnisse beider Teile wurden anschließend miteinander verglichen.

Ergebnisse

Der Ergotherapie stehen in Bezug auf das Karpaltunnelsyndrom unterschiedliche Maßnahmen und Methoden zu Verfügung [6]. Im Zuge dieser Arbeit konnten aber nicht für alle Behandlungsmethoden genügend Evidenzen gefunden werden. Viele dieser Maßnahmen werden aber laut Expert*innen dennoch gerne in der Praxis angewandt.

- Beratung [6]
- Nervengleitübungen [4]
- Dehnungsübungen [IP1]

- Tape [3]
- Mobilisation [I3]
- Krafttraining [IP1]

- Heimübungen [4]
- Entspannungstechniken [IP1]
- physikalische Maßnahmen [IP2]

Einig sind sich die Literatur und die Expert*innen darüber, dass eine Schienenversorgung die Grundlage einer erfolgreichen konservativen Therapie darstellt [5].

Die erhobenen Ergebnisse belegen, dass eine konservative Therapie eine Operation bei beinahe einem Viertel der Patient*innen ersetzen kann [4].

Diskussion

Obwohl aber die Schiene als ein zentraler Teil in der Behandlung gesehen wird, passt keine der befragten Expert*innen Schienen individuell an.

Die Ergebnisse zeigen außerdem, dass eine konservative Therapie vor allem in einem frühen Stadium ihre Wirkung zeigt.

Literatur

- [1] Assmus, H. (2015). Das Karpaltunnelsyndrom. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-45315-5>
- [2] Diday-Nolle, A. P. (2013). Nervenkompressionssyndrome. In A. P. Diday-Nolle, S. Breier, D. U. Slatosch Wintsch, A. Reiter Eigenheer & B. Waldner-Nilsson (Hrsg.), Handrehabilitation (S. 284-311). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- [3] Geler Kılıcı, D., Bursalı, C., Aktaş, İ., Bozkurt Alp, S., Ünlü Özkan, F. & Akpınar, P. (2016). Kinesiotaping as an alternative treatment method for carpal tunnel syndrome. Turkish Journal of Medical Sciences, 46(4), 1042-1049. <https://doi.org/10.3906/sag-1503-4>
- [4] Lewis, K. J., Coppieleters, M. W., Ross, L., Hughes, I., Vicenzino, B. & Schmid, A. B. (2020). Group education, night splinting and home exercises reduce conversion to surgery for carpal tunnel syndrome: a multicentre randomised trial. Journal of Physiotherapy, 66(2), 97-104. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2020.03.007>
- [5] Nobuta, S., Sato, K., Nakagawa, T., Hatori, M. & Itoi, E. (2008). Effects of wrist splinting for Carpal Tunnel syndrome and motor nerve conduction measurements. Upsala Journal of Medical Sciences, 113(2), 181-192. <https://doi.org/10.3109/2000-1967-228>
- [6] Parish, R., Morgan, C., Burnett, C. A., Baker, B. C., Manning, C., Sisson, S. K. et al. (2020). Practice patterns in the conservative treatment of carpal tunnel syndrome: Survey results from members of the American Society of Hand Therapy. Journal of Hand Therapy : Official Journal of the American Society of Hand Therapists, 33(3), 346-353. <https://doi.org/10.1016/j.jht.2019.03.003>
- [7] Reissner, L., Schindler, S. & Herren, D. (2012). Das Karpaltunnelsyndrom. Swiss Medical Forum - Schweizerisches Medizin-Forum, 12(24). <https://doi.org/10.4414/smf.2012.01138>

Handfest?

Der betätigungsorientierte Ansatz in der Handtherapie

Anna Haitzmann | Fachhochschule Kärnten | Studiengang Ergotherapie | Anna.Haitzmann@edu.fh-kaernten.ac.at

Sie wollen mehr erfahren?
Hier geht's zur Bachelorarbeit →



Welche Rolle spielt der betätigungsorientierte Ansatz in der Handtherapie im ergotherapeutischen Kontext und wie wird dieser von ergotherapeutischen Handtherapeut*innen in der Praxis umgesetzt?

Hintergrund

Betätigung ist in der ergotherapeutischen Profession von zentraler Bedeutung und bildet deren Kernkompetenz [15]. Vor allem in der Handtherapie, einem Spezialisierungsgebiet der Physio- und Ergotherapie, kommt die Betätigung häufig zu kurz. Gerade in multiprofessionellen Bereichen ist es jedoch wichtig, sich seiner Profession bewusst zu sein und diese Expertise auch zu nutzen, um sich von anderen Berufsgruppen abzugrenzen und sich als eigenständige Profession in dem Bereich zu berechtigen [10]. Modelle wie das Occupational Therapy Practice Framework [1] und das Occupational Therapy Intervention Process Model [12] bilden die theoretische Grundlage betätigungsorientierter Ergotherapie. Zudem gibt es bereits zahlreiche Assessments die der Integration von Betätigung in der Therapie dienen sollen [18]. Um herauszufinden, warum es an Betätigung in der Handtherapie mangelt und wie betätigungsorientierte Interventionen konkret umgesetzt werden können wurde die oben genannte Forschungsfrage gebildet.

Methodik

Um die Forschungsfrage zu beantworten wurden literarisch und empirisch Daten gesammelt. Das aus dem empirischen Teil gewonnen Wissen soll der Ergänzung und dem Vergleich der Informationen aus der Literatur dienen.

Literarischer Teil: Um den derzeitigen Wissenstand zu generieren, wurden diverse Datenbanken durchforstet. Die Recherche wurde auf englisch- und deutschsprachige Literatur, die Verfügbarkeit der Volltexte und auf Daten der letzten zehn Jahre beschränkt. Insgesamt konnten zwölf verwertbare Studien herausgefiltert werden.

Empirischer Teil: Es wurden halbstandardisierte Expertinneninterviews online durchgeführt und per Tonband aufgenommen. Im Anschluss wurden sie transkribiert und der Inhalt nach Mayring analysiert. Dazu wurde ein deduktives Kategoriensystem gebildet [F]. Es wurden drei Teilnehmerinnen (B1-B3) ermittelt, welche sich für ein Interview zur Verfügung stellten und nach eigenen Angaben betätigungsorientiert arbeiten.

Ergebnisse

Betätigungsorientierte Handtherapie ...

... ist ein klientenzentrierter Behandlungsansatz, welcher den Wert der Betätigung als therapeutisches Mittel und biomechanische Prinzipien in Einklang bringt [16].

Umsetzung

Befundung

Betätigungsschwierigkeiten identifizieren und klientenzentrierte Ziele formulieren mithilfe von:

- Informellen Gesprächen [3]
 - z.B. was fällt Ihnen im Alltag schwer?
- Assessments [B1, B2, B3, 3, 9, 19]
 - (Quick-)DASH [8]
 - PWRE [20]
 - COPM [21]
 - OSA [13]
 - OPHI [2]
 - Betätigungsprofil [7]
 - Barthel Index [17]
 - ...

Rolle

- Ergotherapeut*innen halten Betätigung in der Handtherapie für wichtig, setzen diese jedoch häufig nicht ein [3, 9, 19]
- Gründe dafür sind:
 - Mangel an Wissen zur Umsetzung [4]
 - fehlende zeitliche, räumliche und materielle Ressourcen [6, 19]
 - geringe Evidenzen [5]
- Wenige Studien zeigen bereits
 - eine Steigerung der Motivation und Zufriedenheit [4, 5, 11]
 - eine Verbesserung des Outcomes im Vergleich zur rein funktionellen Therapie [4, 11]

Interventionsarten [10]

Edukativ

alltagsbezogene Aufklärung und Schulung

Akquisitorisch

Betätigung als Therapieziel (Bottom-Up)

Restitutiv

Betätigung als Therapiemittel (Top-Down)

Adaptiv

Veränderungen der Umwelt

Messung des Outcomes

Fortschritte erkennbar machen durch erneute Durchführung der Assessments [11]

Tipps zur Umsetzung

- Kommunikationsfertigkeit verbessern [B2]
- Individuelle Heimübungsprogramme erstellen [B1, B3]
- Da hier auch funktionell gearbeitet wird, um das Ziel zu erreichen, ist es besonders wichtig einen Alltagstransfer mittels Kommunikation zu schaffen [B1, B2, 10]
- Simulieren der Betätigung [9, B2]
- Gegenstände von zu Hause mitbringen
- Erstellen eines Betätigungs-Kit (Box mit Alltagsgegenständen) [5]
- Kreativität [4, 6]

Diskussion

Damit die Betätigung häufiger Einsatz in der handtherapeutischen Praxis findet, muss in der Ausbildung und vor allem in Weiterbildungen vermehrt der Schwerpunkt darauf gelegt werden. Damit diese auch evidenzbasiert durchgeführt werden kann, benötigt es mehr Forschung in diesem Bereich.

Die vier verschiedenen Interventionsansätze machen deutlich, wie vielseitig betätigungsorientierte Handtherapie sein kann. Welche Ansätze gewählt werden, sollte individuell an die Klient*innen, aber auch an die vorhandenen Ressourcen angepasst werden. So kann etwa vermehrt auf den restitutiven Ansatz gesetzt werden, wenn die räumlichen und materiellen Ressourcen vorhanden sind, wie zum Beispiel in einer Rehaklinik. Im ambulanten Setting hingegen kann der Schwerpunkt auf den edukativen Ansatz und die vermehrte Durchführung von Heimübungsprogrammen gelegt werden.

Abschließend ist zu sagen, dass es eine gute Balance zwischen der betätigungsorientierten und der funktionellen Therapie braucht. Durch das duale Vorgehen können die Vorteile beider Behandlungsmethoden kombiniert werden.

Literatur

- [1] Boop, C., Cahill, S., Davis, C., Dorsey, J., Gibbs, V., Herr, B. et al. (2020). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process-Fourth Edition. The American Journal of Occupational Therapy, 74(Supplement_2). <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>
- [2] Bullack, B. (2015). Geschichten aus dem Leben – Occupational Performance History Interview (OPHI-II). ergopraxis, 8(09), 33–35. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1564352>
- [3] Burley, S., Di Tommaso, A., Cox, R. & Molineux, M. (2018). An occupational perspective in hand therapy: A scoping review. British Journal of Occupational Therapy, 81(6), 299–318.
- [4] Che Daud, A. Z., Yau, M. K., Barnett, F. & Judd, J. (2016). Occupation-based intervention in hand injury rehabilitation: Experiences of occupational therapists in Malaysia. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 23(1), 57–66. <https://doi.org/10.3109/11038128.2015.1062047>
- [5] Colaianni, D. J., Provident, I., DiBartola, L. M. & Wheeler, S. (2015). A phenomenology of occupation-based hand therapy. Australian Occupational Therapy Journal, 62(3), 177–186. [6] Dapito, D. H. & Bondoc, S. (2018). A Qualitative Approach on the Use of Occupation Based Practice in Hand Therapy. Journal of Hand Therapy, 31, 149–150.
- [7] Dehnhardt, B., Kohlhuber, M. & Aichhorn, C. (2019). Den Tagesablauf eines Klienten erfassen – Das Betätigungsprofil. ergopraxis, 12(09), 34–36. <https://doi.org/10.1055/s-0957-8908>
- [8] Fuchs, I. (2009). Assessment: DASH – Fähigkeiten im Alltag einschätzen. ergopraxis, 2(11/12), 26–27. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1240028>
- [9] Grice, K. O. (2015). The use of occupation-based assessments and intervention in the hand therapy setting - A survey. Journal of Hand Therapy : Official Journal of the American Society of Hand Therapists, 28(3). <https://doi.org/10.1016/j.jht.2015.01.005>
- [10] Haitzmann, A., Raber, E. & Venten, B. (2019). Hand in Hand - Ergotherapeutische Handtherapie. Zeitschrift für Handtherapie, (2), 22–28. Verfügbar unter: https://www.dahth.de/wp-content/uploads/2022/02/ZfH_2019_2_FA3_Haitzmann.pdf
- [11] Hubbuck, M., Fang, L., McAndrew, R. & Kaskutas, V. (2019). Occupation-Based Upper Extremity Rehabilitation: A Case Study. Journal of Hand Therapy, 569–570.
- [12] Le Grasse, M., van Hartingsveldt, M. & Kinébanian, A. (Hrsg.). (2019). Grundlagen der Ergotherapie (1. Auflage). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- [13] Looser, B. K. & Roos, K. (2010). Assessment: OSA – Betätigung selbst einschätzen lassen. ergopraxis, 3(03), 28–29. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1249581>
- [14] Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (11. Neuausgabe). Weinheim: Beltz.
- [15] Peterko, Y. K., Unterwiesing, K., Wagner, C., Stoffer-Marx, M., Dürauer, J., Lettner-Hauser, K. et al. (ergotherapie austria, Hrsg.). (2020). Kompetenzprofil Ergotherapie
- [16] Robinson, L. S., Brown, T. & O'Brien, L. (2016). Embracing an occupational perspective: Occupation-based interventions in hand therapy practice. Australian Occupational Therapy Journal, 63(4), 293–296. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12268>
- [17] Schädler, S. (2010). Assessment: Barthel-Index – Selbstständigkeit einfach messen. ergopraxis, 01(01), 28–29. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1262188>
- [18] Scholer, B. (2017). Zielfindung – Das System im Blick. ergopraxis, 10(02), 25–27. <https://doi.org/10.1055/s-0042-122418>
- [19] Valdes, K., Naughton, N., Tellez, R. C. & Szekeres, M. (2021). The use of occupation-based interventions and assessments in hand therapy: A cross-sectional survey. Journal of Hand Therapy : Official Journal of the American Society of Hand Therapists. <https://doi.org/10.1016/j.jht.2021.10.008>
- [20] Waldner-Nilsson, B. (Hrsg.). (2013). Handrehabilitation. Band 1. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-34310-0>
- [21] Weber, B. (2010). Individuelle und relevante Ziele formulieren. ergopraxis, 28–29.

Schiene gut, Daumen gut

Schienenversorgung bei Rhizarthrose



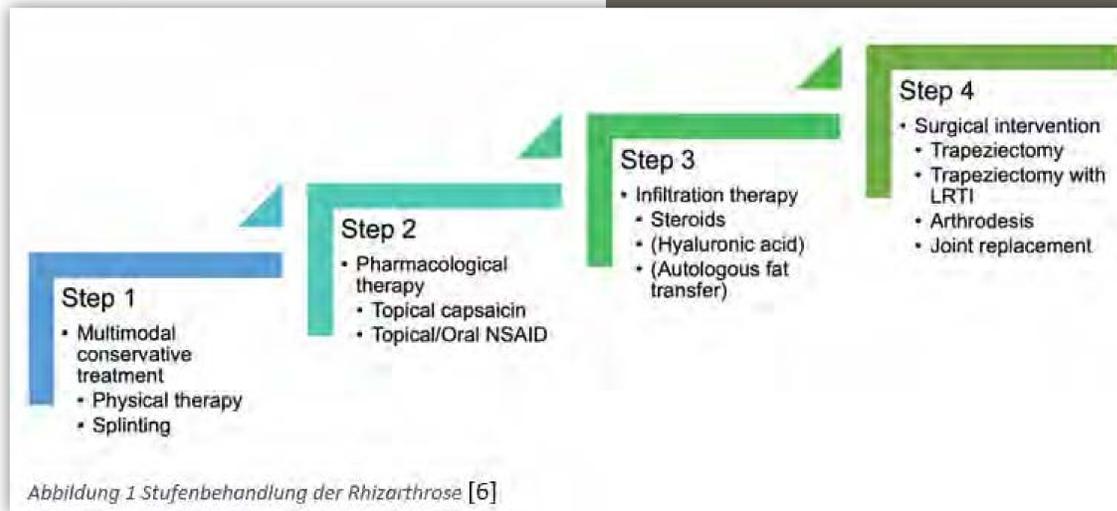
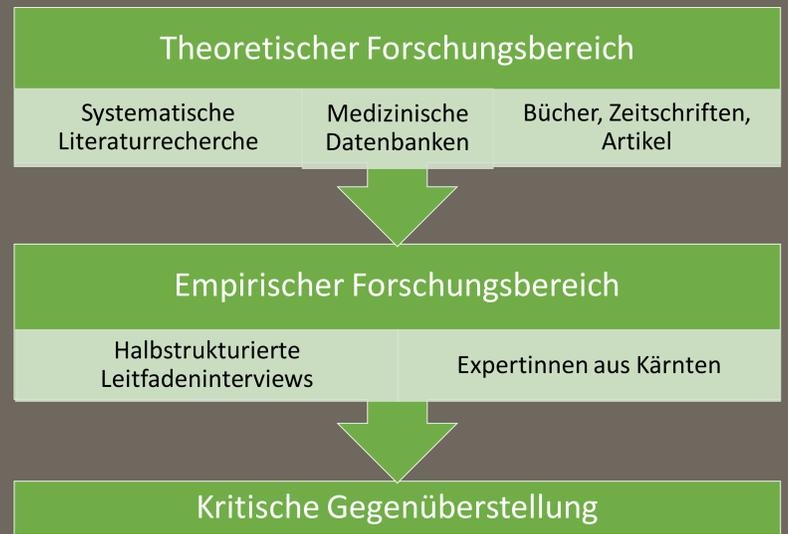
Fakten über die Rhizarthrose

Unser Daumen und somit auch das Daumensattelgelenk werden bei 40 % - 60 % unserer gesamten Handfunktion inkludiert [2]. Durch eine chronische Überbelastung kommt es in diesem Gelenk bei 7 % der männlichen und bei 15 % der weiblichen Bevölkerung zu pathologischen Veränderungen – die Rhizarthrose [8]. Diese Gelenksabnutzung entsteht durch Überbelastung und einem Missverhältnis zwischen Beanspruchung und der eigentlich möglichen Belastbarkeit [4]. 74 % der Betroffenen erleben schwerwiegende Probleme in der Ausführung von alltäglichen Aktivitäten. Es treten sowohl Ruhe- als auch Nachtschmerzen, Steifigkeit im Gelenk und verminderte Kraft auf [1].

Die Schienenversorgung bezieht in der Behandlung der Rhizarthrose eine wichtige Rolle. Die Ziele der Schienenversorgung sind Immobilisierung und Förderung der Stabilität, um so die Handfunktion zu verbessern und die Schmerzen zu lindern. Auch Achsenkorrektur und die Vorbeugung von möglichen Deformitäten und Hypermobilität sind ein wichtiger Aspekt bei der Behandlung mittels Orthesen [3]. Bei Verwendung einer Schiene ist darauf zu achten, das Daumensattelgelenk in einer möglichst physiologischen Stellung ruhigzustellen [7].

Methodik & Forschungsfrage

„Welche Schienenmodelle zur Behandlung der Rhizarthrose gibt es in der Ergotherapie und wie steht es um deren Wirksamkeit?“



Ergebnisse

Die Ergebnisse aus den Studien und Interviews zeigten eine deutliche Prävalenz der kurzen Schienenmodelle, besonders während der Ausführung von alltäglichen Aktivitäten [10]. Lange Modelle werden in den meisten Fällen als Lagerungs- beziehungsweise Ruheorthesen eingesetzt [11]. Zur Herstellung wird sowohl in den Studien als auch bei den Expertinnen überwiegend thermoplastisches Material verwendet. IP 4 passt das Material an die Anforderungen der jeweiligen Person an [IP 4, Z. 119-124]. Besonders bei auftreten der Symptomatik, bei anspruchsvollen oder schmerzhaften Aktivitäten und als Entspannung danach wird die Schiene empfohlen [12].

Schmerz	Kraft	Funktion
<ul style="list-style-type: none"> Linderung vor allem zu Beginn richtiger Handeinsatz ausschlaggebend nicht langfristig 	<ul style="list-style-type: none"> umstrittenes Thema Zusammenspiel mit Schmerzreduktion Schmerzlinderung verbessert Griff- und Kneifkraft 	<ul style="list-style-type: none"> mit kurzen Schienen deutlich leichter spontaner Handeinsatz wird mit Schiene mehr Zusammenspiel mit Schmerzreduktion

Schlussfolgerung

Die Behandlung der Rhizarthrose mittels Schienenversorgung ist eine bedeutende und zudem erfolgreiche Behandlungsmethode. Hierbei zeigt sich eine deutliche Wirksamkeit in der Behandlung mittels kurzen Schienen. Wichtig ist, die Schiene bei schmerzhaften und anspruchsvollen Tätigkeiten zu tragen. Die Adhärenz der Klient*innen muss in die ergotherapeutische Behandlung miteinbezogen werden, um ein bestmögliches Behandlungsergebnis erreichen zu können.



Literatur

[1] Bani, M. A. [Monireh A.], Arzpour, M., Kashani, R. V., Mousavi, M. E., Maleki, M. & Hutchins, S. W. [Stephen W.]. (2013). The effect of custom-made splints in patients with the first carpometacarpal joint osteoarthritis. *Prosthetics and Orthotics International*, 37(2), 139–144. <https://doi.org/10.1177/0309364612454047>

[2] Bani, M. A. [Monireh Ahmad], Arzpour, M., Hutchins, S. W. [Stephen William], Layeghi, F., Bahramizadeh, M. & Mardani, M. A. (2014). A custom-made neoprene thumb carpometacarpal orthosis with thermoplastic stabilization: an orthosis that promotes function and improvement in patients with the first carpometacarpal joint osteoarthritis. *Prosthetics and orthotics international*, 38(1), 79–82. <https://doi.org/10.1177/0309364613488621>

[3] Bureck, W. (2020). *Schienenversorgung in der Handtherapie. Bauanleitungen Für Statische, Dynamische und Statisch-Progressive Schienen*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin / Heidelberg. Verfügbar unter: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=6414023>

[4] C. Koesling & T. Bollinger Herzka (Hrsg.). (2018). *Ergotherapie in der Orthopädie, Traumatologie und Rheumatologie* (2. Aufl.). Stuttgart: Thieme.

[5] Deiler, S. (2019). Daumensattelgelenkarthrose. *Der Orthopäde* [Basal joint osteoarthritis of the thumb], 48(4), 351–366. <https://doi.org/10.1007/s00132-019-03707-8>

[6] Nuessle, N. C., Vögelin, E. & Hirsiger, S. (2021). Trapeziometacarpal osteoarthritis - a stepwise therapeutic approach. *Swiss Medical Weekly*, w20465. <https://doi.org/10.4414/smww.2021.20465>

[7] Waldner-Nilsson B. (Hrsg.). (2009). *Handrehabilitation* (2. Aufl.), Band 1. Springer Medizin Verlag Heidelberg.

[8] Yao, J. & Park, M. J. (2008). Early treatment of degenerative arthritis of the thumb carpometacarpal joint. *Hand Clinics*, 24(3), 251–61, v-vi.

[9] Bilder aus dem privaten Eigengebrauch

[10] Marotta, N., Demeco, A., Marinaro, C., Moggio, L., Pino, J., Barletta, M. et al. (2021). Comparative Effectiveness of Orthoses for Thumb Osteoarthritis: A Systematic Review and Network Meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 102(3), 502–509. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2020.06.012>

[11] Dupeyron, A., Ehrlir, S. & Isner-Horobati, M. E. (2001). Rhizarthrose et orthèse. *Revue de la littérature. Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 44(3), 123–131. [https://doi.org/10.1016/S0168-6054\(01\)00074-5](https://doi.org/10.1016/S0168-6054(01)00074-5)

[12] Baradaran, A. [Aslan], Baradaran, A. [Ashkan], Ebrahimzadeh, M. H., Kachooei, A. R., Rivlin, M. & Beredjickian, P. (2018). Comparison of Custom-made Versus Prefabricated Thumb Splinting for Carpometacarpal Arthritis: A Systematic Review and Meta-analysis. *The Archives of Bone and Joint Surgery*, 6(6), 478–485.



Lena Valerie Zauner

Studiengang Ergotherapie

eduzaulen001@fh-kaernten.at



Bachelorarbeiten aus dem Fachbereich Psychiatrie





Was tun Kärntner Ergotherapeut*innen für ihre persönliche psychische Gesundheit im Arbeitsfeld Psychiatrie?

Joachim Bernd Wieser-Haselsberger

Fachhochschule Kärnten | Studiengang Ergotherapie | JoachimBernd.Wieser-Haselsberger@edu.fh-kaernten.ac.at

Hintergrund und Forschungsfrage

Psychischer Stress am Arbeitsplatz wird immer stärker ein Thema, sowie stetige Zunahme psychischer Erkrankungen in der Gesellschaft. Laut aktueller Forschung sind viele Faktoren im Bereich der Arbeit stark für die Entwicklung von psychischen Erkrankungen mitverantwortlich. [1]. Rund sechs von zehn erwerbstätigen Österreicher*innen berichteten, dass sie zumindest einem psychischen Risikofaktor an ihrem Arbeitsumfeld ausgesetzt sind. Als Folgen von arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen berichten knapp 7 % über Depressionen und 5 % über stressbedingte schwerwiegendste Einschränkungen [2]. Insbesondere Angehörige der Gesundheitsberufe sind durch den fürsorglichen Charakter ihrer Arbeit dem Risiko von Stress ausgesetzt, etwa durch zutiefst berührende Situationen, wie zum Beispiel den Tod und das Leiden von Menschen [3]. Deshalb ist es wichtig, dass die in den Gesundheitsberufen Tätigen selbst auf ihre eigene Gesundheit sowie ihr Wohlbefinden und nicht ausschließlich auf das Wohlergehen der Patient*innen achten.

Aus den vorab beschriebenen Gründen liegt dieser Arbeit folgende **Forschungsfrage** zu Grunde:

Welcher Art der Psychohygiene beziehungsweise Konzepte und individueller Copingstrategien bedienen sich Ergotherapeut*innen, die im psychiatrischen Bereich in Kärnten tätig sind, zum Schutz der persönlichen psychischen Gesundheit?

Psychohygiene

Als Psychohygiene versteht man alle Maßnahmen, die dazu dienen können, die psychische Gesundheit zu schützen und zu erhalten. Dies sind Lebensgewohnheiten und Verhaltensweisen, die als Methoden zur „Pflege“ der Seele dienen können [4]. Das Ziel der Psychohygiene ist es, psychische Belastungen zu minimieren, zu reduzieren, wenn nicht sogar zu eliminieren, somit hat sie auch präventive und aufklärende Faktoren. Sie befasst sich mit Lebenssituationen und Lebensumständen, die sich positiv, aber auch negativ auf die psychische und psychosomatische Gesundheit auswirken [5].

Coping

Unter Coping versteht man den Umgang mit psychisch oder physisch belastenden Situationen. Zur Bewältigung dieser bedienen sich diese Personen affektiver, kognitiver und verhaltensorientierter Abläufe. Durch die Bewerkstelligung der Konfliktsituation hilft es auch, gesundheitlichen Beeinträchtigungen vorzubeugen. Coping unterstützt aktiv, den Anforderungen der jeweiligen Situation gewachsen zu sein [6].

Stress

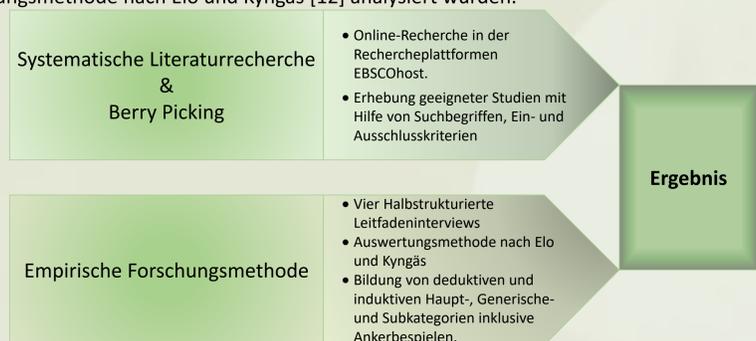
Stress ist eine starke Belastung physischer oder psychischer Natur, die mit bestimmten Reaktionen einhergeht, welche zu gesundheitlichen Schäden führen kann [7].

Sekundär-Traumatisierung

Bei der Sekundär-Traumatisierung handelt sich um eine indirekte Konfrontation mit den erschütternden Ereignissen. Da Empathie ein wichtiger Bestandteil der therapeutischen Beziehung ist, ist dies zusätzlich auch ein erhöhter Risikofaktor für eine Sekundär-Traumatisierung [8].

Methodik

Zur Datenerhebung wurden mit einer systematischen Literaturrecherche [9] und Berry-Picking [10] gearbeitet. Zusätzlich wurde als empirische Forschungsmethode halbstrukturierte Leitfadenterviews [11] mit vier Interviewpartner*innen durchgeführt, welche mit der Auswertungsmethode nach Elo und Kyngäs [12] analysiert wurden.



Grafik 1: Der Forschungsprozess

Ergebnis

Mit Hilfe der systematischen Literaturrecherche konnten unter Einhaltung der Kriterien 13 zur Beantwortung der Forschungsfrage relevante Studien gefunden werden.

Als Interviewpartner*innen wirkten vier arrivierte Ergotherapeut*innen, die in Kärnten im psychiatrischen Bereich tätig sind, mit.

Mit beiden Methoden konnten übereinstimmende Ergebnisse, aber auch neue Erkenntnisse erzielt werden.

Stressoren:

Das Thema Stressoren geht zwar nicht explizit aus der Forschungsfrage hervor, ist jedoch maßgeblich für das Eruiieren der entsprechenden Copingstrategien.

Stressoren aus beiden Forschungsmethoden:

- Institutionelles Umfeld
- Probleme im Team wie auch im interdisziplinären Team
- Psychiatrisches Klientel
- Selbstzweifel, geringe Anerkennung und geringer Status

Stressoren ausschließlich aus der empirischen Methode:

- Pandemie Covid-19
- Klientenbezogene Stressoren
- Körperliche Grundbedürfnisse
- Neue dienstliche Vorschriften

Copingstrategien:

Sowohl durch die Literaturrecherche als auch durch die Interviews konnten verschiedenste Copingstrategien verifiziert werden. Auch hier konnten in beiden Methoden übereinstimmende Strategien, aber auch neue gefunden werden.

Copingstrategien aus beiden Forschungsmethoden:

- Supervision
- Kommunikation
- Freizeitbeschäftigung
- Fort-, Aus- und Weiterbildung
- Selbstfürsorge
- Organisatorische Möglichkeiten
- Individuelle Methoden
- Psychisches und körperreiches Wohlbefinden

Copingstrategien ausschließlich aus der empirischen Methode:

- Rituale zum „Abschalten“
- Motivierende Erinnerungssachen von Patient*innen
- Humor
- Tiere
- Von den Patient*innen lernen
- Tätigkeiten und Hobbies von der Arbeit trennen
- Ordnung im eigenen Leben
- Spiritualität



Diskussion

Durch die gefundene Literatur und den Ergebnissen der Interviews war es möglich, verschiedene Stressoren als Ursprung für diverse Belastungsfaktoren von Ergotherapeut*innen, die im psychiatrischen Bereich tätig sind, zu bestimmen. Weiters konnten auch verschiedenste Copingstrategien eruiert werden, die dazu beitragen können, diese **Belastungsfaktoren zu minimieren**. Einige der Copingstrategien haben sowohl in den Studien als auch bei dem Ergebnis der empirischen Forschung eine Rolle gespielt.

- Eine der essenziellsten Coping-Methoden, die in beiden Forschungsansätzen zu finden sind, sind alle möglichen Formen von Gesprächen. Sowohl **Supervision** als auch **Gespräche mit Kolleg*innen, Freund*innen und Familie**, um nicht zu vergessen **Gruppenaktivitäten**, bei denen ja auch Kommunikation stattfindet, werden als überaus wichtig beschrieben.
- Als weitere wesentliche Copingstrategien wurden **Freizeitbeschäftigung** wie beispielsweise Sport, körpertherapeutische Tätigkeiten und verschiedenste Hobbies wie auch Fort-, Aus- und Weiterbildung in beiden Forschungsmethoden eindeutig definiert.
- Auch die Themen **Pausen, Freizeit und Urlaub** sind wichtige Elemente des Copings, für die sowohl die Therapeut*innen als auch das Unternehmen Verantwortung tragen.
- Einen guten Einklang von **Arbeits- und Privatleben** zu finden und diese optimal zu **trennen**, kann man als Quintessenz der Copingstrategie bezeichnen.

LITERATUR

[1] Glaser, J. (Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien, Hrsg.). (2018). Psychische Belastung und Stress in der Arbeit. Verfügbar unter: https://wien.arbeiterkammer.at/service/broschueren/Arbeitnehmerschutz/broschueren/Psychische_Belastung_und_Stress_in_der_Arbeit_2018.pdf
[2] Bundesanstalt Statistik Österreich (STATISTIK AUSTRIA, Hrsg.). (2021). Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz, Bundesanstalt Statistik Österreich. Zugriff am 12.05.2022. Verfügbar unter: https://www.statistik.at/web_de/presse/127255.html
[3] Lloyd, C. & King, R. (2001). Work-related stress and occupational therapy. Occupational Therapy International, 8(4), 227–243. <https://doi.org/10.1002/oti.148>
[4] Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (Hrsg.). (2022). Psychohygiene | Gesundheitsportal. Zugriff am 14.04.2022. Verfügbar unter: <https://www.gesundheit.gv.at/lexikon/p/lexikon-psychohygiene>
[5] Stangl, W. (Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik, Hrsg.). (2022). Psychohygiene. Zugriff am 18.05.2022. Verfügbar unter: <https://lexikon.stangl.eu/315/psychohygiene>
[6] Faltermaier, T. & Lessing, N. (Dorsch Lexikon der Psychologie, Hrsg.). (2021). Coping. Zugriff am 02.06.2022. Verfügbar unter: <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/coping>
[7] Dudenredaktion (Hrsg.). (2020). Duden - Das Fremdwörterbuch (12. Aufl.). Berlin: Dudenverlag.
[8] Brünen, A. (2020). Emotional belastender Beruf – Sekundäre Traumatisierung. ergopraxis, 13(11/12), 26–30. <https://doi.org/10.1055/a-1236-9144>
[9] Ritschl, V., Weigl, R. & Stamm, T. (2016). Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben. Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis (Lehrbuch). Berlin, Heidelberg: Springer.
[10] Bates, M. J. (1989). The design of browsing and berrypicking techniques for the online search interface. Online Review, 13(5), 407–424. <https://doi.org/10.1108/eb024320>
[11] Döring, N. & Bortz, J. (Hrsg.). (2016). Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften (Springer-Lehrbuch, 5. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-41089-5>
[12] Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. Journal of Advanced Nursing, 62(1), 107–115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>

Bilder:

Hintergrund-Bild: DA stories (2021). Abgerufen am 20.08.2022 von <https://www.pexels.com/de-de/foto/hand-blumen-kopf-statue-9228526/>. Editing by Wieser-Haselsberger
Bild: Kobruseva, O. (2021). Abgerufen am 20.02.2022 von <https://www.pexels.com/de-de/foto/medizin-ausbrennen-flasche-flussigkeit-7089186/>. Editing by Wieser-Haselsberger
Logo: Puzzle-Kopf designed by Wieser-Haselsberger (eigene Darstellung - alle Rechte vorbehalten)
Grafik 1:
Der Forschungsprozess. Wieser-Haselsberger (2022) (eigene Darstellung - alle Rechte vorbehalten)

Kontakt:

Joachim Bernd Wieser-Haselsberger
JoachimBernd.Wieser-Haselsberger@edu.fh-kaernten.ac.at



ERGOTHERAPIE – MIT DER PSYCHIATRIE GEWACHSEN –

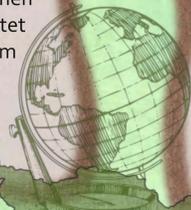
DEN FACHBEREICH PSYCHIATRIE VERNACHLÄSSIGT?

Ambulante ergotherapeutische Versorgung von Klient*innen im Fachbereich Psychiatrie

HINTERGRUND

Die Ergotherapie ist historisch betrachtet mit der Psychiatrie gewachsen und zählt in der stationären Versorgung größtenteils zum fixen Bestandteil des Behandlungsangebots^[1-6]. Ambulante ergotherapeutische Angebote außerhalb eines umfassenden interdisziplinären Therapieprogramms im Fachbereich Psychiatrie sind im Vergleich mit anderen Fachbereichen jedoch gering^[7-8]. Vor dem Hintergrund der Entwicklung der Ergotherapie, der Geschichte gesellschaftlicher Stigmatisierung von Personen mit psychischen Erkrankungen sowie der Geschichte der Psychiatrie^[9-11] ergab sich folgende Fragestellung:

Welche Maßnahmen können aus einer systematischen Literaturrecherche und einer Fokusgruppe abgeleitet werden, um die ergotherapeutische Versorgung im Fachbereich Psychiatrie in Kärnten in einem ambulanten Setting an aktuelle Standards der Profession anzupassen und auszubauen?



METHODIK

Es erfolgte die Durchführung einer systematischen Literaturrecherche mit der Suche nach ambul* OR outpatient (in Titel oder Abstract), occupational th* OR _ot OR ergoth* (im Titel) und psych* OR mental (im Abstract).

Zudem fand eine Fokusgruppe^[12] mit drei Ergotherapeut*innen mit Berufserfahrung im Fachbereich Psychiatrie in/aus Kärnten statt.

Diese Daten fließen in die anschließende qualitative Inhaltsanalyse^[13] ein.



Abbildung 1: Qualitative Inhaltsanalyse

ERGEBNISSE

Aus der qualitativen Inhaltsanalyse kristallisierte sich heraus, dass komplexe Bedürfnisse von Menschen mit (schweren) psychischen Erkrankungen ebenso komplexe Maßnahmen erfordern, um eine ergotherapeutische Versorgung im Fachbereich Psychiatrie in Kärnten in einem ambulanten Setting (weiter)entwickeln zu können. Das aus der qualitativen Inhaltsanalyse entstandene **Kategoriensystem** bildet **relevante Einflussfaktoren der (ambulanten) Ergotherapie-Entwicklung im Fachbereich Psychiatrie** ab. Es kann in die drei übergeordneten Kategorien **Ergotherapie-Faktoren**, **Klient*innen-Faktoren** und **Kontextfaktoren** aufgeschlüsselt werden. Die Ergotherapie-Faktoren beinhalten dabei auch Maßnahmen, die sowohl in Klient*innenkontakt als auch abseits davon erfolgen können. Das Kategoriensystem ist in Abbildung 1 dargestellt.



Abbildung 2: Kategorien-System Einflussfaktoren der (ambulanten) Ergotherapie-Entwicklung im Fachbereich Psychiatrie

DISKUSSION

In einer abschließenden Betrachtung werden die Ergebnisse mit Bezug zum lokalen Kontext und der Forschungsfrage diskutiert. Zu den Hauptlimitationen dieser Arbeit zählt die geringe Anzahl an Treffern der systematischen Literaturrecherche als auch die geringe Anzahl an Teilnehmer*innen (drei) im Zuge der durchgeführten Fokusgruppe. Nichts desto trotz kann diese Arbeit als Anregung zu einem kleinen Perspektivenwechsel in Richtung von Handlungsmöglichkeiten statt Herausforderungen sowie als Anregung zu weiteren Forschungsvorhaben dienen.



- ! Professionelles Empowerment
- ! Rollen & Aufgaben im Fachbereich Psychiatrie beschreiben
- ! Occupational Justice



- ! Vorhandene Konzepte nutzen und in deutschsprachigen Ergotherapie-Wortschatz integrieren
- ! Transfer von internationalen Entwicklungen in tägliche Praxis
- ? Beachtung sozialer Determinanten der Gesundheit in Praxis

- ! Institutionsübergreifende Vernetzung der Ergotherapeut*innen
- ! Fokus auf das, was wir TUN legen (statt was wir NICHT NUR TUN)

INTERESSE GEWECKT?

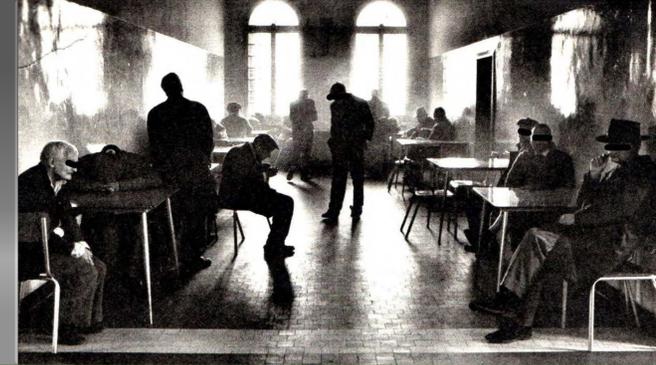
Poster der Bachelorarbeit 2
Verena Hofer
Studiengang Ergotherapie, BSc

KONTAKT
Verena Hofer
Mobil: +43 650 41 89 114
Mail: verena.hofer@edu.fh-kaernten.ac.at
Mailz: ergo.v.hofer@gmail.com



LITERATUR
[1] Kinébanian, A. (2019). Anfänge der Berufsentwicklung. In M. Le Grasse, M. van Hartingsveldt & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 39-42). Stuttgart: Thieme.
[2] Nierstrasz, H. (2019). Was ging dem Denken über den Zusammenhang zwischen Betätigung (occupation), Wohlbefinden und Gesundheit (health) voraus? In M. Le Grasse, M. van Hartingsveldt & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 37-39). Stuttgart: Thieme.
[3] Feller, M. (2019). Entwicklung des Berufes in Österreich. In M. Le Grasse, M. van Hartingsveldt & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 55-62). Stuttgart: Thieme.
[4] Jungo, L., Longré, A. & Weber, B. (2019). Entwicklung des Berufes in Deutschland. In M. Le Grasse, M. van Hartingsveldt & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 48-55). Stuttgart: Thieme.
[5] Galf, C., Gubler-Thomann, U. & Merz, C. (2019). Entwicklung des Berufes in der Schweiz. In M. Le Grasse, M. van Hartingsveldt & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 63-68). Stuttgart: Thieme.
[6] Friedland, J. (2002). Maslow's Drive Memorial Lecture: Why craft? Influences on the development of occupational therapy in Canada from 1890 to 2000. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 70(4), 204-233. <https://doi.org/10.1177/000841320207000403>
[7] Vasko, G. (2019). Angebote ohne Nutzung. *Das österreichische Gesundheitswesen – ÖGZ*, 60(10), 33-34. Verfügbar unter: https://www.ergotherapie.at/sites/default/files/oe_gz_191013.pdf
[8] Schneider, J. & Kovrad, M. (2017). Einschätzungen ambulant tätiger Ergotherapeuten zum Bedarf an Ergotherapie in der ambulanten psychiatrischen Versorgung in Hessen. *Ergotherapie*, 12(1), 22-31. <https://doi.org/10.24433/ergo-2017-1602017003>
[9] Ötze, S. (2021). *Zwischen NS-"Stuhlschauer" und Reformversuch*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-60878-4>
[10] Hoff, P. (2017). *Geschichte der Psychiatrie*. In H. J. Möller, G. Laux & H.-P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie* (S. 42-68). Berlin: Springer.
[11] Walker, G. (2002). Hermann Simon - Psychiatriereformer, Sozialökonom, Nationalsozialist? *Der Neurologe*, 73(11), 104-105. <https://doi.org/10.1007/s00115-002-1431-z>
[12] Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-41089-5>
[13] Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-135. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
[14] Phadris, S., Shoji, R., Tamura, A., Apichai, S. & Jakissis, J. (2021). Proactive Community Occupational Therapy Service for Social Participation Development of Thai Adults with Depression: A Grounded Theory Study from Occupational Therapists' Perspective. *Occupational Therapy International*, 2021(4), 27-2021. <https://doi.org/10.1155/2021/6649592>
[15] Uys, M. E. & Cloete, L. G. (2020). The use of appreciative inquiry with mental health service consumers - towards responsive occupational therapy programmes. *South African Journal of Occupational Therapy*, 50(1), 12-19. <https://doi.org/10.1177/001313101983310201902013>
[16] Wasmuth, S., Wilburn, V. G., Hamm, J. A. & Chase, A. (2020). Comparing narrative-informed occupational therapy in adult outpatient mental health to treatment as usual: A quasi-experimental feasibility study with preliminary treatment outcomes. *Occupational Therapy in Mental Health*. <https://doi.org/10.1080/01641212.2020.1842376>
[17] Weste, E. (2018). Relational interaction in occupational therapy: Conversation analysis of positive feedback. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 25(1), 44-51. <https://doi.org/10.1080/11091818.2017.1282040>
[18] Hofer, V. (2022, 6. Juli). *Fokusgruppe im Rahmen der Bachelorarbeit 2: "Ergotherapie – mit der Psychiatrie gewachsen – den Fachbereich Psychiatrie vernachlässigt? Ambulante ergotherapeutische Versorgung von Klient*innen im Fachbereich Psychiatrie"*. Klagenfurt.

Historischer Rückblick auf den „FALL TERZBAUER“



Edeltraud Jannach-Haslauer
Fachhochschule Kärnten / Studiengang Ergotherapie
Edeltraudsolde.Jannach-Haslauer@edu.fh-kaernten.ac.at

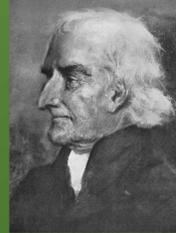
Wie beschreiben Zeitzeug*innen das Phänomen Betätigungsdeprivation im Zuge der Öffnung der kustodialen Psychiatrie in Richtung zur sozialen Psychiatrie in Kärnten? Wie berichtete die Presse zu diesem Ereignis?

Hintergrund

Die Geschichte der Psychiatrie mit ihren Anfängen um 1800 in Europa steht unter dem Einfluss der Aufklärung. Als wichtigste Vertreter werden der französische Psychiater und Reformator **Philipp Pinel (1745 - 1826)** und **William Tuke (1732 - 1822)** in England genannt [1]. Sie setzten sich für „moralische“ Behandlungsverfahren - „moral treatment“ ein. Die **Entstehung des Narrenturms in Wien, der ersten Irren-Heilanstalt im späten 18. Jhd., legte den Grundstein der Anstaltspsychiatrie in Österreich** [2]. Mit der Entwicklung der Psychiatrie begann man 1822 auch in Kärnten Gefangene von Kranken zu trennen. Aus dem **Zucht- und Spinnhaus** in Klagenfurt am Heuplatz wurde das **Irrenhaus**. **1877 fand die Eröffnung der Landes-Irrenanstalt in Klagenfurt** statt [3]. Die dort herrschende „**Ausgrenzungs- und Verwahrspsychiatrie**“ sollte bis zum Beginn der **Psychiatriereform** ab den **1970er Jahren** anhalten.



Philipp Pinel (1745-1826), Abb. 2



William Tuke (1732-1822), Abb. 3



Der Narrenturm um 1895, Abb. 4

Betätigungsdeprivation

Ein Zustand anhaltenden **Ausgeschlossen-Seins** von der **Möglichkeit, Betätigungen** die **notwendig und/oder von Bedeutung** sind, **auszuführen, aufgrund von Faktoren** die **außerhalb der persönlichen Kontrolle** liegen [4]. Das **Recht auf sinnstiftende Betätigung** hat in der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen eine wesentliche Stellung und stützt sich auf die **Positionserklärung zu den Menschenrechten** des Weltverbandes der Ergotherapeut*innen (WFOT) [5]. Es bedeutet auch, dass soziale Strukturen dafür geschaffen oder angepasst werden müssen, damit sinngebende Betätigung stattfinden kann [6].

Der Fall Terzbauer

Im Zentrum stand eine **Außenpflegestelle des Landes Kärnten**. Auf dem landwirtschaftlichen Betrieb waren ca. **70 Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen** und beeinträchtigte Menschen untergebracht. Die Vorwürfe reichten von unzureichender Körperpflege der Bewohner*innen, nicht versorgter Wunden, schlechtem Essen, ungepflegten Räumlichkeiten bis hin zu Zwangsmaßnahmen an Pflegenden. **Fähigkeits- und interessenorientierte Betätigungen** wurden den Pflegenden nicht ermöglicht. **Nicht nur der Betreiberfamilie wurde ein Versagen ausgesprochen, sondern auch den Kontrollinstanzen und den zuständigen Behörden.**

Methodik

Um die Forschungsfragen zu beantworten, wurde eine **gezielte Recherche im Kärntner Landesarchiv und drei leitfadengestützte Interviews** durchgeführt. Die erhobenen Daten wurden mittels **qualitativer Inhaltsanalyse nach Elo & Kyngäs** analysiert [7]. Als theoretischer Hintergrund diente das **PEO-Modell von Law et al.** [8]. Die Analyse gab Aufschluss, inwieweit selbstbestimmte Betätigung für die Menschen möglich war und welche fördernden bzw. hemmenden Ausgangsbedingungen zum Zeitpunkt des Wandels in der Psychiatrie als auch in der Außenpflegestelle vorherrschend waren.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Analyse machen deutlich, dass die Befragten **Betätigungsdeprivation** in der **Psychiatrischen Abteilung vor allem den damals vorherrschenden Umweltfaktoren** zuschrieben.

Aus den Interviews geht hervor, dass der **Gesundheitszustand der Patient*innen zwar als hemmender Kontextfaktor** zu beobachten war, dennoch stellten die Befragten fest, dass es die **Aufgabe der Institution ist, Patient*innen so zu unterstützen, dass sie für sich sinnvolle Tätigkeiten** ausführen können.

Der Fall Terzbauer zeigt, dass **psychisch Kranke** auch nach Einführung der Sozialpsychiatrie nur **„verwahrt“** wurden **ohne individuelle Betreuung und Zukunftsaussichten**.

Deduktiv generiertes Kategoriensystem		
Sub-Kategorien	Generische Kategorien	Hauptkategorie
<ul style="list-style-type: none"> Zugeschriebene psychische/physische Merkmale 	Person	Betätigungsperformanz Betätigungsdeprivation
<ul style="list-style-type: none"> Physische Umwelt Institutionelle Umwelt Soziale Umwelt 	Umwelt	
<ul style="list-style-type: none"> Selbstversorgung Produktivität Freizeit 	Betätigung	

„Das System war so rigide, die haben aus Blechtellern/ Die haben nur einen Blechnapf gehabt, keine Gabel, kein Messer nur einen Löffel, so haben die gegessen.“ (B3: 53-55)

„Die sind den ganzen Tag halt gesessen oder sind herumgegangen, meistens im Kreis.“ (B2: 50-51)

„[...] und alles voller Netzbetten, sowohl im Hauptgebäude als auch in den anderen Pavillons.“ (B1: 61-62)

„Geändert hat es sich dann, wie wir gekommen sind. Wir haben dann angefangen, dass wir mit den Leuten rausgegangen sind. Wir sind mit ihnen baden gegangen [...] und haben sozialtherapeutische Ausgänge gemacht, sie mussten wieder einkaufen lernen.“ (B2: 64-68)

„Der Grundsatzfehler liegt im System, in der Struktur der Außenstellen, wo 70 bis 80 schwerst behinderte Pfleglinge von vier oder fünf unkundigen Leuten betreut werden. [...] und das Abschieben von Behinderten ins Ghetto von den meisten stillschweigend akzeptiert wird.“ (Kleine Zeitung, 11.05.1989)

Fazit

Die **Psychiatriereform der 1970er- und 1980er-Jahre** bedeutete eine maßgebliche Veränderung in der Denkweise über psychische Erkrankungen. Sie schuf das **Grundgerüst für heutige Behandlungen und Versorgung psychisch kranker Menschen**. Die Ergotherapie konnte durch ihren **betätigungsorientierten Ansatz einen wesentlichen Beitrag zu mehr sinnstiftender Aktivität im Alltag der Erkrankten** leisten. Die Arbeit ist weiters als ein Beitrag zur geschichtlichen Aufarbeitung des Falls zu sehen. Bezogen auf die Profession der Ergotherapie soll der Fokus auf **bedeutungsvolle Betätigung im Therapiealltag** bekräftigt werden. Der Zeitzeuge **Dr. Platz** beschrieb in einem Zeitungsinterview im Mai 1989 ergotherapeutische Interventionen in der Psychiatrie folgendermaßen: [9]

„Die Ergotherapie ist eine Königsstraße zur Genesung.“

Literatur
 [1] Brückner, B. (2015). Basiswissen: Geschichte der Psychiatrie (2. Aufl.). Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.
 [2] Schott, H. & Tolle, R. (2020). Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irwege, Behandlungsformen (2. Aufl.). München: C.H.Beck.
 [3] Posch, P. (1987). Landeskrankenhaus Klagenfurt. Geschichte der Kranken-, Heil- u. Pflegeanstalten des Landes Kärnten in Klagenfurt und der Klagenfurter Spitäler. Klagenfurt: Kärntner Druck- und Verlags-Gesellschaft mbH.
 [4] Costa, U., Pasqualoni, P. P. & Wetzelsberger, B. (Forschungsforum der Österreichischen Fachhochschulen, Hrsg.). (2016). *Betätigungsrechte als Dimension gesunder Chancengerechtigkeit: Handlungswissenschaftliche Zugänge*. Zugriff am 22.08.2022. Verfügbar unter: http://fhoarep.fh-ooe.at/bitstream/123456789/6911/1/26_350_Costa_FullPaper_d_Final.pdf
 [5] World Federation of Occupational Therapists. (2019). *Position Statement: Occupational Therapy and Human Rights*. Zugriff am 22.08.2022. Verfügbar unter: <https://wot.org/resources/occupational-therapy-and-human-rights>
 [6] Ergotherapie Austria. (2013). *Ergotherapie im Kontext der Wissenschaften*. Zugriff am 22.08.2022. Verfügbar unter: https://www.ergotherapie.at/sites/default/files/positionspa-pier_nov_2013.pdf
 [7] Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
 [8] Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P. & Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation Model: A Transactive Approach to Occupational Performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 9-23. <https://doi.org/10.1177/00084174960630103>
 [9] Raffer, H. (1989, 31. Mai). Psychiatrie: „Eine Kuranstalt“. *Kärntner Tageszeitung (KTZ)*, Klagenfurt: Kärntner Medienhaus.

Bildquellen
 Abb. 1 Titelbild: Psychiatrie Patienten, Geschlossene-Psychiatrie; Sandra Tiger via Flickr; CC BY 2.0
 Abb. 2: Philipp Pinel; Julien-Léopold Bolly via Wikipedia; gemeinfrei
 Abb. 3: William Tuke; Wellcom Library, London; CC BY 4.0
 Abb. 4: Der Narrenturm um 1895; Josef Müllner via Wikipedia; gemeinfrei
 Abb. 5: Der Wert des Menschen; 02.06.1989, KTZ; Steuerberg: „Schlimme“ Pfleglinge werden in die Waschküche gesperrt; 18.12.1989, Kronen Zeitung; Affäre Wadl: Die Regierung kniff Augen zu; 21.04.1989, Kleine Zeitung; Terzbauer: Ausschluß der Öffentlichkeit von Prozeß; 10.03.1989, Kleine Zeitung; „Terzbauer“; Gallob darf Schuld nicht abschieben; 12.03.1989, Neue Volkszeitung





Bachelorarbeiten mit Bezug zur Ethik



Die ethischen Grundsätze der ergotherapeutischen Behandlung im deutschsprachigen Raum

Rebecca Hentzler

Studiengang Ergotherapie

Fachhochschule Kärnten

Hintergrund

Ethische Werthaltungen bieten die Grundlage, an der das professionelle Verhalten einer Berufsgruppe angesiedelt wird [1, 2]. Diese basieren auf der Geschichte des Berufs und den aktuellen gesellschaftlichen Normen [1, 9]. Die Ethik beschäftigt sich in diesem Kontext zum Beispiel mit der Frage, welches Verhalten als Norm angesehen wird, sowie den Hintergründen und der Beschreibung dieser Verhaltensnormen [14]. Geschichtlich gesehen wurde die Ergotherapie im deutschsprachigen Raum, wie sie im heutigen Sinn verstanden wird, zu einem großen Teil zu Zeiten des zweiten Weltkrieges aufgebaut, um Kriegsverletzungen zu behandeln. Teilweise sind auch Wurzeln aus dem psychiatrischen Arbeitsfeld vorhanden, welche sich häufig noch früher zurückdatieren lassen [9]. Diese hier zusammengefassten Informationen werden auch im Zuge von Übersetzungen von Assessments oder Modellen benötigt, um einen entsprechenden Rahmen für die neue Zielgruppe zu schaffen. Zur Implementierung in einem kulturellen Umfeld, muss beachtet werden, wie die Haltung bezüglich jener Thematik, welche in dem jeweiligen Assessment und/oder Modell behandelt wird, in der neuen Umgebung ist [1]. Um genau dies für das Occupational Performance Inventory of Sexuality and Intimacy (OPISI) [12], im Rahmen der Übersetzung auf Deutsch, festzustellen, wurden ethische und geschichtliche Hintergrunddaten erfasst und die ethischen Rahmenwerke des deutschsprachigen Raums miteinander verglichen.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Analyse, in der die Dokumente [2, 3, 5, 6, 10, 13] der drei deutschsprachigen Länder (Deutschland, Österreich, Schweiz) verglichen wurden, zeigen auf, dass sich in mehreren Subkategorien verschiedene Fokusse in den vorkommenden Elementen feststellen lassen. Da in vielen Aspekten die Rahmenwerke ähnlich aufgebaut wurden, spiegeln sie vergleichbare Kerngedanken wider. Dies resultiert unter anderem dadurch, da die drei Ethikleitbilder auf dem „Code of Ethics“ der WFOT [15] aufgebaut, während die Kompetenzprofile an den Canadian Medical Education Directives for Specialists (CanMEDS) [7] angelehnt ausgearbeitet wurden. Allgemein lässt sich zusammenfassen, dass besonders in den generischen Kategorien „Management“ und „Kommunikation“ sich ein unterschiedlicher Fokus in den drei erfassten Ländern zeigte. In den Werken der Schweiz spielten die gesetzlichen Grundlagen eine wesentliche Rolle, da unter anderem Bezug auf die Datenschutzrichtlinien und die Regelungen zu Produktempfehlungen durch Therapeut*innen genommen wird, welche in den Dokumenten der beiden anderen Ländern, weniger Platz einnehmen. In den Texten aus Deutschland wird immer wieder das selbstbestimmte Treffen von Entscheidungen, sowie die Einwilligungsfähigkeit der Klient*innen hervorgehoben, gleichzeitig werden die Grenzen und Möglichkeiten der Berufsgruppe und das Bewusstsein darüber von Seiten der Therapeut*innen wertgeschätzt. Die österreichischen Dokumente zeigen auf, dass hier besonders eine gelungene Kommunikation unter anderem in Form von Öffentlichkeitsarbeit und der Darlegung der ergotherapeutischen Sichtweise als relevant angesehen wird. Insgesamt scheint in allen drei Ländern eine gute Zusammenarbeit, sowie aktuelles fachliches Wissen und eine ausreichende Basis in der Durchführung des ergotherapeutischen Prozesses von Bedeutung zu sein. Darauf aufbauend soll eine klient*innenzentrierte Behandlung ermöglicht werden, in Folge dieser mehr Selbstbestimmung und Autonomie gefördert werden, um dadurch die Lebensqualität zu verbessern. Schlussendlich ist bei allen Ländern die Zufriedenheit der Klient*innen, durch einen Bezug auf die individuellen Anliegen, im Vordergrund der ergotherapeutischen Arbeit. [2, 3, 5, 6, 10, 13].

Fragestellung & Methodik

Die Zielsetzung dieser Bachelorarbeit war die Beantwortung der Forschungsfrage „Welche ethischen Rahmenwerke bilden die Grundlage für professionelles Verhalten in der Ergotherapie im deutschsprachigen Raum und wie zeigen sich die Unterschiede und Gemeinsamkeiten in den Leitlinien und Rahmenwerken der Berufsverbände dieser Länder?“.

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde eine multimodale themenzentrierte Literaturrecherche durchgeführt. Dazu wurden Unibibliotheken, Verbandsdatenbanken und die Bibliothek des Betreuers der Arbeit zurate gezogen, um passende Werke zur Darstellung der Thematik zu finden. Weiters wurde eine qualitative Inhaltsanalyse der durch die strukturierte Literaturrecherche ausgewählten Dokumente, als Teil der empirischen Methodik, angewendet [11]. Das dabei erstellte Kategoriensystem (siehe Abbildung 1) wurde auf Basis eines deduktiven Ansatzes nach der Methodik von Elo und Kyngäs [4] gestaltet. Die dabei analysierten Texte sind die Ethikleitlinien und Kompetenzprofile der Verbände (siehe Abbildungen 2-7) im deutschsprachigen Raum, da sich diese als angemessene Werke zum Vergleich der Grundhaltungen dieser Länder anbieten.



Abbildung 1: Kategoriensystem

Diskussion

Insgesamt zeigte sich, dass die in dieser Arbeit gewählte Vorgehensweise einen guten Überblick zu den Gemeinsamkeiten und Unterschieden der ethischen Rahmenwerke bieten konnte. Dennoch gäbe es genügend Ansätze, um in weiterführenden Forschungsarbeiten zusätzliche Faktoren dieser Thematik zu bearbeiten. Dies betrifft besonders den Einbezug von gesetzlichen Regelungen und der Unterschiede zwischen den Gesundheitssystemen der in der Arbeit behandelten Länder. Dies ermöglicht einen noch genaueren Einblick in die Vorgaben und Möglichkeiten in der Arbeit der Ergotherapeut*innen. Gleichzeitig wäre eine Arbeit über die Umsetzung dieser ethischen Leitlinien im ergotherapeutischen Alltag von Interesse, um die Leitlinien an die aktuellen Bedingungen und Gegebenheiten anzupassen. Durch zeitgemäße Rahmenwerke kann die ergotherapeutische Arbeit verbessert und somit der gerechte Einsatz von Assessments ermöglicht werden [1, 8]. Die in dieser Bachelorarbeit erzielten Ergebnisse werden in Folge zur kulturellen Adaption des OPISI [12], für den Einsatz im deutschsprachigen Raum, eingesetzt und dementsprechend in das Manual eingearbeitet.



Literaturverzeichnis:
[1] Auger, L. P., Masse, J. & Higgins, J. (2022). Sexuality in Occupational Therapy: A Call to Action. *British Journal of Occupational Therapy*, 0308025622110776. <https://doi.org/10.1177/0308025622110776>
[2] August-Feicht, H., Benke, J., Feller, M., Gönter, G., Schaubeder, A. & Zweiger, H. (2019). Ethisches Leitbild der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Österreichs. Alltag leben - selbstbestimmt und eigenständig (3. Aufl.). Wien.
[3] Berding, J., Flotho, W., Flottmann, S., Von der Heyden, R., Junge, J., Longrée, A. et al., Möller, M., Schirmer, J., Tola, M. & Woick, G. (Mitarbeiter). (2019). Kompetenzprofil Ergotherapie, Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. Zugriff am 03.08.2022. Verfügbar unter: <https://dve.info/resources/pdf/ergotherapie/kompetenzprofil-ergotherapie/633-2019-kompetenzprofil.pdf>
[4] Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62(1), 107-135.
[5] EVS/ASE ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz. (2018). Der Berufskodex des EVS, EVS/ASE ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz. Zugriff am 05.08.2022. Verfügbar unter: <https://www.ergotherapie.ch/download.php?cat=6&vl=2DYoAPKas5NwUfDw9gD9h3D&id=159>
[6] Fachkonferenz Gesundheit der Schweizerischen Fachhochschulen und der Berufskonferenzen. (2021). Professionspezifische Kompetenzen, Fachkonferenz Gesundheit der Schweizerischen Fachhochschulen und der Berufskonferenzen. Zugriff am 03.08.2022. Verfügbar unter: <https://cat.kitl.ch/2DYoAPKas5NwUfDw9gD9h3D&id=1141>
[7] Frank, J. R., Snell, L. & Sherbino, J. (2015). CanMEDS 2015 Physician Competency Framework. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
[8] Hammell, K. W. (2008). Reflections on... well-being and occupational rights. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, Revue Canadienne D'ergotherapie, 75(1), 61-64. <https://doi.org/10.2282/cjot.07.007>
[9] Kinébanian, A. (2019). Die Entwicklung des Berufes. Einleitung. In M. Le Grasse, M. van Hartingsveldt, A. Kinébanian, M. Ammeraal MSc, E. Baarends PhD, K. Bisschop MSc et al. (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (1. Auflage, S. 34-36). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
[10] Peterko, Y. K., Unterwiesing, K., Wagner, C., Stoffer-Marx, M., Dürauer, J., Lettner-Hauser, K. et al. (2019). Kompetenzprofil Ergotherapie. "Wer mit seinen Stärken arbeitet, wird stärker" Ingo Krawiec. *Ergotherapie*, (4), 16-29.
[11] Sturma, A., Stamm, T., Ritschl, V. & Denhardt, S. (2016). Reviews. In V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben*. Studium Pflege, Therapie, Gesundheit (6, S. 208-221). Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
[12] University of Indianapolis. (o.J.). Occupational Performance Inventory of Sexuality and Intimacy (OPISI). University of Indianapolis. Zugriff am 23.07.2022. Verfügbar unter: <https://indy.edu/health-sciences/otjopisi>
[13] Von dem Berge, E., Grewohl, M., Hignman, P., Hucke, B., Konrad, M., Oltman, R. et al. (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V., Hrsg.). (2020). Ethik in der Ergotherapie. Handlungshilfe zur ethischen Situationsanalyse im beruflichen Alltag, Deutscher Verband Ergotherapie. Zugriff am 13.04.2022. Verfügbar unter: <https://dve.info/resources/pdf/ergotherapie/3959-2020-ethik-einzelseiten-pdf-final.pdf>
[14] Werner, M. H. (2021). Einführung in die Ethik (Springer eBook Collection, 1st ed. 2021). Stuttgart: J.B. Metzler. <https://doi.org/10.1007/978-3-476-05293-3>
[15] WFOT World Federation of Occupational Therapy. (2016). Code of Ethics. Ethical Core of Occupational Therapy, WFOT World Federation of Occupational Therapy. Zugriff am 20.07.2022

Abbildungsverzeichnis:
Abbildung 1: Kategoriensystem
Abbildung 2: Titelblatt Ethik in der Ergotherapie Deutschland
Abbildung 3: Titelblatt Kompetenzprofil Ergotherapie Deutschland
Abbildung 4: Titelblatt Ethisches Leitbild der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Österreichs
Abbildung 5: Titelblatt Kompetenzprofil Ergotherapie Österreich
Abbildung 6: Titelblatt Berufskodex des EVS Schweiz (EVS/ASE ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz)
Abbildung 7: Titelblatt Professionspezifische Kompetenzen Schweiz
Bild 1: Mittermaier, F. (2018). Buche-Baum-Wurzeln-Wald-Natur. Abgerufen am 01.09.2022 von <https://pixabay.com/de/photos/buche-baum-wurzeln-wald-natur-3385957/>. Creative Commons Lizenz: CC0

Kontakt:
Rebecca Hentzler
Studiengang Ergotherapie
Fachhochschule Kärnten
rebecca.hentzler@edu.fh-kaernten.ac.at





Bachelorarbeiten mit Bezug zu Arbeit



CHANGE

Michelle Miklautsch | Studiengang Ergotherapie | Fachhochschule Kärnten

Plötzlich Ergotherapeut*in!

Herausforderungen während dem Rollenwechsel von Studierenden zu Ergotherapeut*innen

Hintergrund

Die meisten Ergotherapie Absolvent*innen durchleben irgendwann den Eintritt ins Berufsleben. Dieser ist durch einen **Übergangsprozess** gekennzeichnet, welcher im ergotherapeutischen Kontext auch als „**Occupational Transition**“ bezeichnet wird [1].

Im Verlauf des Lebens bewältigt der Mensch nicht nur den Übergang ins Berufsleben, sondern ist beständig mit unterschiedlichen Übergangsprozessen konfrontiert. Beispiele hierfür sind der Übergang von Studierenden zu Arbeitgeber*innen oder die Transition von der Berufstätigkeit in die Pension [2]. Jeder dieser Übergänge geht mit einem Rollenwechsel einher, der einerseits Veränderungen in Bezug auf die eigenen Identität, den bestehenden Beziehungen sowie mit einer Umstrukturierung des Lebensstils verbunden ist [3]. Dieser Prozess kann zu Herausforderungen führen.

Welchen **Herausforderungen** Absolvent*innen der Fachhochschule Kärnten ausgesetzt sind, und welche **Unterstützungsmöglichkeiten** sie sich von der Ausbildungsstätte wünschen wird auf den Grund gegangen.

Ergebnisse

Herausforderungen

Die Herausforderungen der Absolvent*innen decken sich mit den Ergebnissen der Studien. Dabei wurde Folgendes am häufigsten genannt:

- **Selbstzweifel** [5,6,7];(T1,T4)
- **Zeitmanagement** [7,8];(T1,T4)
 - Abrupter Beginn
 - zu kurze Einarbeitungsphasen
- **Erhöhte Verantwortung**
- **Rollenwechsel** von Studierenden zu Ergotherapeut*innen [9];(T2)

Neben den persönlichen Herausforderungen sind es auch **institutionelle Gegebenheiten**, die den Berufseintritt erschweren. Absolvent*innen berichteten hierbei von **Personalmangel**, oder geltenden **Coronamaßnahmen** (T1, T2).

Unterstützungsmöglichkeiten

Sowohl in den Studien als auch in der Fokusgruppe wurden hilfreiche Unterstützungsmöglichkeiten dargestellt. Spezielle Programme sowie Supervisionen wurden als hilfreich in Studien genannt. Die befragten Absolvent*innen hingegen berichteten von folgenden hilfreichen Maßnahmen:

- **Austausch im Team** [7,10];(T1-T4)
- **Zeitintensive Einarbeitungsphase** [11]; (T3)
- **Gespräche** mit anderen **Absolvent*innen** (T1-T4)

Die Ausbildungsstätte als Initiator für Unterstützungsmöglichkeiten wurde weder in der Literatur noch in der Fokusgruppe häufig genannt [12];(T1-T4). Lediglich eine Teilnehmerin wandte sich bei aufkommenden Schwierigkeiten an Personen der Fachhochschule.

Wünsche an die Fachhochschule

Die Absolvent*innen wünschen sich von der Fachhochschule Kärnten, dass der Berufseintritt bereits während des Studiums thematisiert wird. Sie schlagen Folgendes vor:

- **Gastvorträge** von renommierten Ergotherapeut*innen
- **Vorstellung von Institutionen** (T1,T2)
- **Spezialausbildungen** während den letzten Semestern (T1)

Die befragten Absolvent*innen schlagen auch Möglichkeiten zur Unterstützung nach der Absolvierung vor. Durch **organisierte Treffen nach dem Abschluss**, kann ein Austausch sowohl zwischen Absolvent*innen als auch Professor*innen ermöglicht werden (T2,T4).

Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass die Literatur zwar einen Rahmen an Herausforderungen zur Verfügung stellt, jedoch je nach Auswahl der Teilnehmer*innen sich die Ergebnisse unterscheiden können, da jeder den Berufseinstieg anders erlebt. Laut Literatur gibt es zwar einige **Unterstützungsmöglichkeiten**, wie man Berufseinsteiger*innen bestmöglich unterstützen kann, jedoch gestaltet sich die **Umsetzung** hierfür als **schwierig**. Viel einfacher wäre ein Angebot der Fachhochschule, wo alle Absolvent*innen die gleiche Unterstützung erhalten könnten und ein gutes Grundgerüst zur Erleichterung des Berufseintrittes erhalten.

Methodik

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde eine **systematische Literaturrecherche** sowie ein **qualitatives Forschungsdesign** gewählt. Unter Berücksichtigung von festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien wurde in medizinischen Datenbanken nach themenspezifischer Literatur gesucht und dabei **12 relevante Publikationen** gefunden.

Wie Absolvent*innen der Fachhochschule Kärnten den Übergangsprozess ins Berufsleben erlebten, wurde mithilfe einer **Fokusgruppendifkussion** ermittelt. Hierfür tauschten sich vier Absolvent*innen aus dem selben Jahrgang über auftretende Herausforderungen im Berufseinstieg aus. Weiters wurde über hilfreiche Unterstützung während des Überganges gesprochen und mögliche Unterstützungsmöglichkeiten ausgehend von der Fachhochschule Kärnten für die Zukunft diskutiert. Die Fokusgruppe wurde anschließend transkribiert und mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach **Elo und Kyngäs** [5] verarbeitet. Hierfür wurden sowohl induktive, als auch deduktive Kategorien gebildet und somit die Fokusgruppe qualitativ ausgewertet.

Literatur:

- [1] Shaw, L. & Rudman, D. L. (2009). Using occupational science to study occupational transitions in the realm of work: from micro to macro levels. *Work* (Reading, Mass.), 32(4), 361-364.
- [2] Lang, R. (2020a). Auswirkungen des Lockdowns auf Betätigung – Occupational Transition in der Pandemie. *ergopraxis*, 13(1/12), 10-15.
- [3] Kielhofner, G. (2005). *Model of human occupation (MOHO)*. Grundlagen für die Praxis ; mit 1 Tabelle (Ergotherapie - Reflexion und Analyse). Heidelberg: Springer.
- [4] Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115.
- [5] Lee, S. & Mackenzie, L. (2003). Starting out in rural New South Wales: the experiences of new graduate occupational therapists. *The Australian Journal of Rural Health*, 11(1), 36-43.
- [6] Opoku, E. N., van Niekerk, L. & Khuabi, L.-A. J.-N. (2022). Exploring the transition from student to health professional by the first cohort of locally trained occupational therapists in Ghana. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 29(1), 46-57.
- [7] Turpin, M., Fitzgerald, C., Copley, J., Laracy, S. & Lewis, B. (2021). Experiences of and support for the transition to practice of newly graduated occupational therapists undertaking a hospital graduate program. *Australian Occupational Therapy Journal*, 68(1), 12-20.

- [8] McCombie, R. P. & Antanavage, M. E. (2017). Transitioning From Occupational Therapy Student To Practicing Occupational Therapist: First Year of Employment. *Occupational Therapy in Health Care*, 31(2), 126-142.
- [9] Woick, G., Larsen-Vefring, L., Litwa, T. & Zillhardt, C. (2014). Rollenfindung von Berufseinsteigern in der Ergotherapie – Anpassungsstrategien, Ressourcen und Barrieren. *ergoscience*, 9(3), 108-117.
- [10] Hummel, J. & Koelmeyer, L. (1999). New Graduates: Perceptions of Their First Occupational Therapy Position. *British Journal of Occupational Therapy*, 62(8), 351-358.
- [11] Moores, A. & Fitzgerald, C. (2017). New graduate transition to practice: how can the literature inform support strategies? *Australian Health Review : a Publication of the Australian Hospital Association*, 41(3), 306-312. <https://doi.org/10.1071/AH15240>
- [12] Smith, R. A. & Pilling, S. (2007). Allied health graduate program - supporting the transition from student to professional in an interdisciplinary program. *Journal of Interprofessional Care*, 21(3), 265-276.
- (T) Teilnehmer*in der Fokusgruppe

Abbildung:

Unknown (2020). Zugriff am 22.08.22 unter: <https://www.pexels.com/de-de/foto/verwischen-text-briefe-veranderung-4502492/>

HOME OFFICE

...aber um welchen Preis?



Katharina Thaler | Studiengang Ergotherapie | FH- Kärnten

Hintergrund

Die gewohnte Arbeitsergonomie wurde durch die Covid-19-Pandemie und den damit einhergehenden Maßnahmen verändert. Die bekannte Arbeitsumgebung ist durch das eigene Zuhause ersetzt worden und die Menschen waren selbst dafür verantwortlich, ihr Homeoffice ergonomisch einzurichten (1,2). Die Ergonomie ist komplex, sie beinhaltet sowohl den Menschen, als auch die Arbeitsumwelt und die Tätigkeit an sich – der Fokus liegt dabei nicht nur auf den technischen Normen der Arbeitstätigkeit, sondern beinhaltet auch physische Anforderungen und das Wissen um die menschlichen Körperfunktionen (3). Unter Einsatz von medizinischen, technischen, psychologischen, ökologischen und auch sozialen Komponenten soll die Belastung für den arbeitenden Menschen so ausgewogen wie möglich gehalten werden (4). Dies erfolgt durch die Modifikation der Arbeitsmittel und des Arbeitsplatzes. Die Arbeitsbedingungen sollten dadurch verbessert werden und als körperlich vorteilhaft empfunden werden (5).

Ziel der Arbeit

Die Ergotherapie betrachtet die Ergonomie als eine Vernetzung von Faktoren der Betätigungsperformanz und dem Zusammenspiel von Umwelt, Betätigung und Mensch (3). Aufgrund der Relevanz der Ergotherapie im Bereich der Ergonomie ergaben sich folgende Forschungsfragen:

Wurde während der Covid-19 Pandemie im Homeoffice unter ergonomischen Bedingungen gearbeitet und kam es durch die Heimarbeit vermehrt zu muskuloskelettalen Schmerzen?

Diskussion

Die Ergebnisse der Studien zeigen eine deutliche Steigerung in Bezug auf muskuloskelettale Schmerzen. Sie weisen zwar einen Zusammenhang zwischen ergonomischen Arbeiten und Muskel-Skelett-Schmerzen auf, jedoch wurden einige Faktoren nicht berücksichtigt, welche die Schmerzen verstärken könnten (1). Arbeitstempo, Angstzustände und eine allgemeine Müdigkeit stehen ebenso in Zusammenhang mit muskuloskelettalen Schmerzen (10).

Das Homeoffice wurde durch die Pandemie zu einem neuen und immer populäreren Arbeitsstil. Negative gesundheitliche Folgen können durch gute Arbeitsbedingungen und eine angemessene Arbeitsumgebung minimiert werden (9). Aufgrund der ersichtlichen Schwierigkeiten bei der Anpassung der Arbeitsumgebung werden zukünftig Bildungsprogramme entwickelt werden müssen, um Beschäftigte zum Aufbau eines ergonomischen Arbeitsplatzes zu ermächtigen (7).

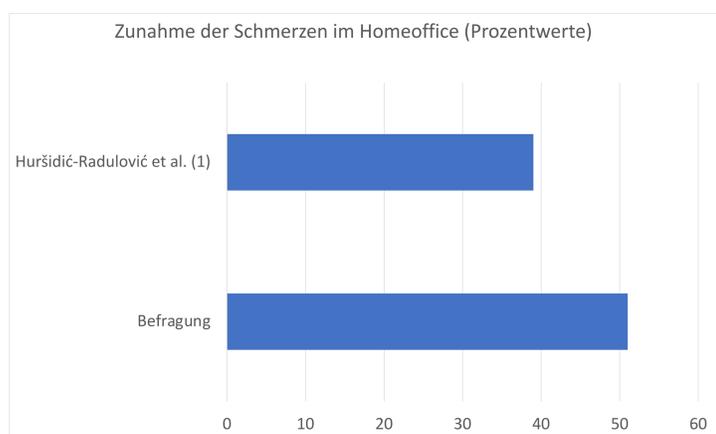
Ergebnisse

Aufgrund der erhobenen Daten, kann gesagt werden, dass die ergonomischen Bedingungen im Homeoffice individuell umgesetzt wurden. Durch die Befragung wurde ersichtlich, dass der Arbeitsstuhl, welcher von 80% der Befragten genutzt wurde, das beliebteste ergonomische Arbeitsmittel ist.

Muskel-Skelettbeschwerden korrelieren häufig mit den gegebenen ergonomischen Bedingungen (6). Viele Arbeitsweisen und Arbeitsplätze führen zu einer fehlerhaften Körperhaltung. Je länger Arbeitnehmer*innen unter suboptimalen Bedingungen arbeiten, desto stärker nehmen die Schmerzen zu (7). Die negativen Folgen der Heimarbeit sind in dem unten angeführten Diagramm deutlich ersichtlich. Sowohl bei der Studie als auch bei der durchgeführten Umfrage gaben die Befragten eine deutliche Steigerung der arbeitsbezogenen Schmerzen an. In der durchgeführten Umfrage wurde deutlich, dass ein großer Teil der Befragten ihren Arbeitsplatz und ihre Arbeitsmittel als nicht wirklich schmerzvermeidend ansehen.

Um einen Arbeitsplatz ergonomisch gestalten zu können, ist zunächst eine ausreichende Wissensbasis nötig. Für einen korrekt eingerichteten Arbeitsplatz müssen folgende Aspekte beachtet werden:

- Wahl der Sitzmöglichkeit (7)
- Richtige Körperhaltung (8)
- Adäquate Arbeitsfläche (6)
- Genutzte Geräte, Anzahl der Bildschirme und deren Positionierung (7)
- Richtige Verwendung von externen Eingabegeräten (6,7)



Methodik

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde eine systematische Literaturrecherche, ein Scoping Review sowie eine Querschnittstudie durchgeführt. Über die Datenbanken wurden insgesamt neun relevante Publikationen zur Beantwortung herangezogen. Zusätzlich wurde mit der Plattform „Lime-Survey“ eine Online-Umfrage durchgeführt, welche an die Mitarbeiter*innen der FH Kärnten zugesendet wurde. Durch die Umfrage konnten Informationen von 39 Mitarbeiter*innen herangezogen und mit den Ergebnissen der Literaturrecherche verglichen werden.



Quellen

1. Huršič-Radulović, A., Žaja, R., Milošević, M., Radulović, B., Luketić, I., & Božić, T. (2021). Work from home and musculoskeletal pain in telecommunications workers during COVID-19 pandemic: a pilot study. *Arh Hig Rada Toksikol*, 72(3), 232-239. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34587664>
 2. Mojtabehzadeh, N., Rohwer, E., Lengen, J., Harth, V., & Mache, S. (2021). Gesundheits fördernde Arbeitsgestaltung im Homeoffice im Kontext der COVID-19-Pandemie. *Zentralblatt Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, 71(2), 69-74. <https://doi.org/10.1007/s40664-020-00419-1>
 3. Grundlach, U. (2016). Ergotherapie und partizipative Ergonomie. Arbeitsplätze in der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) gestalten. *Praxis Ergotherapie*, 2018(3), 137-138. <https://www.verlag-modernes-lernen.de/pdf/artikel/vorschau/a18564-5.pdf>
 4. Bullinger, H.-J. (1994). *Ergonomie. Produkt und Arbeitsplatzgestaltung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien
 5. Bratscher, T. (2021). *Revision von Ergonomische Arbeitsbedingungen*. Gabler Wirtschaftslexikon. Zugriff am 06.06.2022 unter <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/ergonomische-arbeitsbedingungen-52603/version-384861>
 6. Gerding, T., Sycka, M., Danielb, D., Naylorb, J., Kotowski, S. E., Gillespie, G. L., Freeman, A. M., Huston, T. R., & Davis, K. G. (2021). An assessment of ergonomic issues in the home offices of university employees sent home due to the COVID-19 pandemic. *Work*, 68(4), 981-992. <https://doi.org/10.3233/WOR-205294>
 7. Guler, M. A., Guler, K., Guner Guler, M., & Ozdoglar, E. (2021). Working From Home During a Pandemic: Investigation of the Impact of COVID-19 on Employee Health and Productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 63(9), 731-741. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000002277>
 8. Black, N. L., & St-Onge, S. (2022). Measuring pandemic home-work conditions to determine ergonomic recommendation relevance. *Work*, 71(2), 299-308. <https://doi.org/10.3233/WOR-210726>
 9. Ekpanyaskul, C., & Padungtod, C. (2021). Occupational Health Problems and Lifestyle Changes Among Novice Working-From-Home Workers Amid the COVID-19 Pandemic. *Safety and Health at Work*, 12(3), 384-389. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2021.01.010>
 10. De Kok, J., Vroonhof, P., Snijders, J., Roullis, G., Clarke, G., Peereboom, K., van Dorst, P., & Isusi, P. (2019). Work-related musculoskeletal disorders: prevalence, costs and demographics in the EU. European Agency for Safety and Health at Work. Zugriff am 10.07.2022, unter <https://osha.europa.eu/de/publications/mstds-facts-and-figures-overview-prevalence-costs-and-demographics-mstds-europe>
- Bild 1. Rido (o.J.). Müder reifer Geschäftsmann. Abgerufen am 1.09.2022 von <https://www.shutterstock.com/de/catalog/licenses>. Standardlizenz von Shutterstock
Bild 2. Good Studio (o.J.) Zeitgenössischer Arbeitsbereich flache Vektorgrafiken Set. Abgerufen am 1.09.2022 von <https://www.shutterstock.com/de/catalog/licenses>. Standardlizenz von Shutterstock

FACHHOCHSCHULE KÄRNTEN

GESUNDHEIT & SOZIALES

Campus Feldkirchen

Hauptplatz 12, 9560 Feldkirchen

Tel.: +43 5 90500-4101

Campus Klagenfurt

Primoschgasse 8–10, 9020 Klagenfurt

Tel.: +43 5 90500-3301

Campus Klagenfurt

St. Veiter Straße 47, 9020 Klagenfurt

Tel.: +43 5 90500-3501

www.fh-kaernten.at/gesundheits-soziales
gesundheits-und-soziales@fh-kaernten.at

GET CONNECTED



www.fh-kaernten.at/socialmedia

