



ergoXchange

Der Online-Dienst für Ergotherapeuten

Praktikumsbericht

Funktioneller Bereich

Praktikantin:

Ute Möckel

Klasse: R1

Praktikumszeitraum: 25.04.02 – 02.07.02

Anleiter:

Roland Scheidig

Birgit Hagen

Gliederung

1. Beschreibung des Patienten

- 1.1. Name, Alter, Beruf, Rentner
- 1.2. Anamnese
 - 1.2.1. Soziale Anamnese
 - 1.2.2. Berufsanamnese
 - 1.2.3. Medizinische Anamnese
 - 1.2.4. Ergotherapeutische, krankengymnastische und logopädische Anamnese
- 1.3. derzeitige Medikation, Medikamentenbeschreibung u. Nebenwirkungen
- 1.4. Diagnose

2. Ergotherapeutische Befundaufnahme

- 2.1. Gesamteindruck, Persönlichkeit, psychische Verfassung, Allgemeinzustand
- 2.2. Lebensumstände, soziales Umfeld des Patienten
- 2.3. Selbsthilfetätigkeit (ADL)
- 2.4. Befundung
- 2.5. Stichpunktartige Auflistung der vorhandenen Fähigkeiten und Defizite

3. Therapie

- 3.1. Therapieziele
 - 3.1.1. Fernziele
 - 3.1.2. Nahziele und ihre Begründung
 - 3.1.3. Therapiemethoden und Begründungen

3.2. Bisheriger Behandlungsverlauf

4. Therapieeinheit

- 4.1. Therapieziele
- 4.2. Geplanter Therapieverlauf mit Zeitangabe
- 4.3. Eventuell auftretende Schwierigkeiten
- 4.4. Tatsächlicher Therapieverlauf

5. Weiterer Behandlungsverlauf

6. Weiterführende Therapieansätze

7. Reflexion

1. Beschreibung des Patienten

1.1. Name, Alter, Beruf, Rentner

Frau X, 59 Jahre, Hausfrau

1.2. Anamnese

1.2.1 Soziale Anamnese

Frau X ist in B. geboren und als Älteste von 8 Geschwistern in B. aufgewachsen. Sie ist seit 38 Jahren verheiratet und hat zwei Söhne im Alter von 38 Jahren und 27 Jahren.

Diese Angaben wurden von Frau X gemacht.

1.2.2 Berufsanamnese

Frau X hat die Volksschule besucht und abgeschlossen. Sie hat keine Berufsausbildung.

Nach der Schule war sie bis zu ihrer Hochzeit als Fabrikarbeiterin tätig. Seit der Hochzeit und der Geburt ihres ältesten Sohnes ist sie Hausfrau und Mutter, übt keinen Beruf mehr aus.

Diese Angaben wurden von Frau X gemacht.

1.2.3 Medizinische Anamnese

November 2001

Dislozierte Unterarm-Fraktur rechts

Schwerer Verlauf mit nur langsamer Besserung

Auftreten des Morbus Sudeck:

Zum Krankheitsbild Morbus Sudeck:

Sympathische Reflexdystrophie beschreibt einen Symptomenkomplex, der als Komplikation nach einer Vielzahl unterschiedlicher Verletzungen oder Erkrankungen im Bereich der Extremitäten auftreten kann. Als Ursachen die das Entstehen einer SRD hervorrufen können unterschiedliche Ereignisse wie z.B. Frakturen, Nervenverletzungen, Amputationen etc. angeführt werden.

(Im Fall von Frau X geht eine Unterarmfraktur d. Radius voraus)

Diese Angaben wurden der Krankenakte entnommen

1.2.4a Krankengymnastische Anamnese und weitere Behandlungen

November 2001 – März 2002

40 Std. Krankengymnastik

40 Std. Lymphdrainage

Diese Angaben wurden von Frau X gemacht.

1.2.4b Ergotherapeutische Anamnese

im Anschluss an die Krankengymnastik und Lymphdrainage

Ergotherapeutische Aufnahme am 26.03.02

Aufnahmebefund:

OE rechts/Hand rechts

Hand zeigt eine starke Schweißbildung, ist leicht geschwollen und warm

Schmerzbefund: Schmerzen im Rad.Ulnargelenk bei der Supination

Des Weiteren kribbeliges Gefühl in der Hand

Faustschluss/HHA: bei II/7,2 III/9,3 IV/8,6 V/6,6

Handkraft: 3er Wert

Schulter: Anteversion 70 Grad

Abduktion 70 Grad

Ellbogen: Extension/Flexion 30/0/110

Handgelenk: Dorsalextension: 45 Grad

Ulnarabduktion 20 Grad

Radialabduktion 20 Grad

Diese Angaben wurden der Krankenakte entnommen

1.3. Derzeitige Medikation

nicht bekannt

1.4. Diagnose

Morbus Sudeck, Zustand nach dislozierter Unterarm-Fraktur rechts
Diese Angaben wurden der Krankenakte entnommen

2. Ergotherapeutische Befundaufnahme

2.1. Gesamteindruck, Persönlichkeit, psychische Verfassung, Allgemeinzustand

Frau X ist eine große kräftige Frau, in ihren Bewegungen wirkt sie ungeschickt, etwas unbeholfen. Meiner Meinung nach hat sie ein geringes Selbstbewusstsein, z.B. spricht sie nur über ihre Defizite, ihre negativen Seiten, was ihren Körper betrifft, äußert sie ihre Unzufriedenheit mit ihren Haaren, mit ihrer Figur etc. Frau X ist aber auch eine aufgeschlossene, freundliche Frau. Sie unterhält sich gerne. Frau X ist ordentlich, jedoch nicht modisch gekleidet, sie trägt zu jeder Therapieeinheit immer dasselbe T-Shirt. Ihre Denksätze, ihre Art zu reden, sind einfacher Natur. Sie hat ihr Leben damit verbracht für ihren Mann und ihre Kinder da zu sein, den Haushalt zu führen. Auf Fragen gibt sie bereitwillig Auskunft, Fragen betreffend Kochrezepte oder Haushaltstipps freuen sie besonders, sie ist dann in ihrem Element, fühlt sich sicher.

Da sie keinen Beruf ausgeübt und auch keine Hobbies oder besondere Interessen hat, ist der Haushalt und ihre Familie ihr Lebensinhalt. Dementsprechend ist ihre eigene Wertung vorhanden, Leistung zu bringen, den Haushalt führen zu können, für andere da zu sein. Sie musste z.B. auch von Kindheit an im Haushalt und bei der Aufsicht und Pflege ihrer 7 kleineren Geschwistern helfen. In Gesprächen betont sie immer wieder, dass sie trotz ihrer Krankheit in der Lage ist, aufzuwaschen, zu kochen, zu waschen, bügeln etc. Bei Tätigkeiten, die von ihr nicht ausgeführt werden können, wie z.B. das Tragen von schweren Taschen, betont sie jedoch, die Schmerzen in ihrer Hand, Ellbogen, Schulter und gleichzeitig, dass der Zustand ihres rechten Armes, besonders ihrer rechten Hand sich nie mehr richtig bessern wird. Sie wirkt hier auf mich, als ob, sie sich dadurch für ihr „Nichtfunktionieren“ rechtfertigen möchte. Bisherige Verbesserungen erkennt sie zwar, erkennt sie jedoch nicht entsprechend an.

Ihre psychische Verfassung würde ich als stabil bezeichnen, soweit dies innerhalb der Therapieeinheiten ersichtlich war, möchte jedoch auch darauf hinweisen, dass Frau X keinerlei Bemerkungen ihrer psychischen Verfassung betreffend gemacht hat. Stabil also in dem Sinne, dass ich keine Stimmungsschwankungen miterlebt habe, sie immer freundlich und „therapiebereit“ war, sie zwar auf Schmerzen hingewiesen hat, die Übungen aber trotzdem weiterhin bereitwillig mitgemacht hat. Meiner Meinung nach ist Frau X von Natur aus nicht der Mensch, der über Gefühle oder private Probleme mit anderen spricht.

Der Allgemeinzustand von Frau X ist gleich bleibend gut. Sie ist nicht infekтанfällig, hat keine Kreislaufbeschwerden. Sie neigt zu starken Schwitzen am ganzen Körper.

2.2. Lebensumstände, soziales Umfeld des Patienten

Gemeinsam mit ihrem Mann und ihrem jüngsten Sohn lebt Frau X in einer Mietwohnung in B. Der Mann von Frau X ist Rentner. Wie Frau X angibt hat sie ein gutes Verhältnis zu ihrem Mann und ihren Kindern. Ihr älterer Sohn lebt auch in B., ist geschieden und hat eine Tochter im Alter von 11 Jahren, die bei ihm lebt. Da der Sohn im Außendienst tätig ist, ist die Enkeltochter täglich nach der Schule bei den Großeltern. Weitere Lebensumstände sind mir nicht bekannt.

2.3. Selbsthilfetätigkeit (ADL)

Frau X benötigt keine Hilfe beim Essen, Trinken und Anziehen.

Nach Angaben von Frau X erledigt sie selbständig ihren Haushalt. Lediglich beim Tragen schwerer Sachen benötigt sie die Hilfe ihres Mannes oder ihrer Söhne.

2.4 Befundung

2.4.1 Sicht- und Tastbefund

Vorab möchte ich feststellen, dass Sicht- und Tastbefund der rechten Hand von der jeweiligen Tagesform der Patientin, von Wetterverhältnissen und Außentemperatur abhängig ist.

Am Tag der Befundung war die Hand gut durchblutet, schwitzte nur minimal, hatte eine normale Temperatur und war nur minimal geschwollen.

Dementsprechend war die Hand bereits bei Therapiebeginn weich und locker.

Dadurch konnte ein hohes Bewegungsausmaß beim Faustschluss und der Fingereinzelnbeweglichkeit erreicht werden.

2.4.2 Grobmotorik

Gelenkbeweglichkeit aktiv/endgradig Grad

Schultergelenk

	<u>rechts</u>	<u>links</u>
Anteversion/90 Grad	90 Grad	90 Grad
Retroversion/50 Grad	20 Grad	40 Grad
Abduktion/90 Grad	90 Grad	90 Grad
Adduktion	endgradig	endgradig
Außenrotation/90 Grad	endgradig	endgradig
Innenrotation/90 Grad	endgradig	endgradig
Elevation/180 Grad	180 Grad	180 Grad

Arm:

Ellenbogenextension/160 Grad	145 Grad	160 Grad
Ellenbogenflexion/ 160 Grad	145 Grad	160 Grad
Pronation/90 Grad	90 Grad	90 Grad
Supination/90 Grad	45 Grad	90 Grad

Hand:

Palmarflexion/90 Grad	80 Grad	80 Grad
Dorsalflexion/70 Grad	55 Grad	55 Grad
Ulnaarabduktion/40 Grad	30 Grad	30 Grad
Radialabduktion/30 Grad	20 Grad	30 Grad

Gelenkbeweglichkeit passiv

Schultergelenk alle Bewegungsrichtungen endgradig endgradig

Arm: I

Ellbogenextension/-flexion	endgradig	endgradig
Pronation	endgradig	endgradig
Supination/90 Grad	70 Grad	endgradig

Hand:

Palmarflexion	endgradig	endgradig
Dorsalflexion	endgradig	endgradig
Ulnaarabduktion	endgradig	endgradig
Radialabduktion	endgradig	endgradig

2.4.3 Körperhaltung

Sitzen

Frau X sitzt während der Therapieeinheit aufrecht und gerade, die Schultern fallen leicht nach vorne. Bei Anstrengung oder Schmerzen neigt sie dazu die rechte Schulter nach oben zu ziehen, korrigiert ihre Sitzhaltung jedoch dann wieder von selbst.

Stand/Gehen

Frau X hält ihren Rumpf gerade, die Schultern fallen leicht nach vorne, der Kopf ist aufrecht, die Arme hängen seitlich herab, beim Gehen schwingen sie nur minimal mit. Beim Gehen ist nur eine minimale Hüftbewegung, Kniebeugung und –streckung sichtbar.

Frau X geht mit großen Schritten.

Kopfhaltung:

Frau X hält ihren Kopf aufrecht und gerade. Bei Anstrengung oder Schmerzen zieht sie den Kopf leicht ein, korrigiert jedoch auch die Kopfhaltung wieder von selbst.

2.4.4. Kompensationen

Bei der Supination rechts kompensiert sie durch außenrotierende, abduzierende Ausweichbewegung aus der rechten Schulter

Bei Arbeiten mit dem Fingerbrettchen, also bei gezielten Greifen von kleinen Gegenständen führt sie den Pinzettengriff in einer Pronationsstellung von ca. 30 Grad durch (die allerdings durch eine abduzierende Ausweichbewegung der Schulter herbeigeführt wird) und führt u.a. die Finger und den Daumen nicht in Flexionsstellung zueinander, sondern geht (vor allem mit dem Mittelfinger) mit den Fingern in die Extension, dadurch berührt der Daumen die Finger nicht flach aufeinander liegend, sondern an der Fingerinnenseite.

Bei Übungen an der Sprossenwand wo sich Frau X in Anteversion 90 Grad-Stellung der Schulter gerade von der Sprossenwand zurückdrücken(Extension d. Ellbogens) und wieder heranziehen soll(Flexion des Ellbogens) kompensiert sie diese Bewegung durch Abduktion der Schulter.

Bei Übungen mit der rechten Hand, die Kräfteinsatz der Hand erfordern, kompensiert sie diese durch Hochziehen der Schulter, beim Formen der Knete zu einer Kugel (in der Luft) unterstützt sie die nacheinander folgende Knetbewegung der Finger V.-II. durch eine Rotation der Schulter und gleichzeitiger Adduktion der Schulter.

Beim Arbeiten mit der Knete am Tisch neigt sie dazu die Winkelstellung des Armes durch Heranziehen des Armes (Innenrotation) an den Rumpf um ca. 30 Grad nach links zu verändern. Meiner Meinung nach verändert sie dadurch die Pronationsstellung des Armes, durch die Ausweichbewegung erscheint die Pronationsstellung vollständig, der Unterarm „fällt“ durch die Rotation jedoch nur in die Pronationsstellung.

2.4.5 Tonus

Frau X tendiert zu Hypertonus, allerdings wirken Schulter und Arme hypoton da beim Sitzen, stehen, gehen die Schultern nach vorne fallen, die Arme seitlich herabhängen.

2.4.6 Feinmotorik aktiv/endgradig Grad	links	rechts
	Dig.II/III/IV/V	Dig.II/III/IV/V
Flexion Fingergrundgelenk/90 Grad	85/65/85/75	endgradig
Daumenabduktion/50 Grad	30 Grad	endgradig
Daumenadduktion/50 Grad	endgradig	endgradig
Opposition	Bis III	endgradig
Großer Faustschluß II/III/IV/V	4,5/5,5/5/3	endgradig
Pinzettengriff II/III/IV/V	Nur kompensiert möglich (siehe 3.4.4.) DIP/PIP/PiP/DIP	Kompensiert endgradig
Handkraft:		
Vigorimeter(Dreifingergriff/mittel)	21	44

Hinweis zur Feinmotorik:

Frau X ist feinmotorisch ungeschickt. Durch ihre großen Hände, ihre unbeholfen wirkenden Bewegungen und ihre Kompensationsmuster wie in 3.4.4 beschrieben wird dieser Eindruck verstärkt. Bei Fingerübungen muss sie immer wieder überlegen, welcher Finger gerade Gemeint ist, die einzelnen Finger zuordnen, die Finger im einzelnen geben kein flüssiges Bewegungsbild ab. Die Bewegungen werden abgehakt, teilweise unkoordiniert ausgeführt.

Bei der Übung am Fingerbrett muss sich Frau X sehr konzentrieren. Übungen wie Fingerklopfen und Fingerkrappeln kann sie nur ansatzweise ausführen. Für die Feinmotorik ist das Zusammen-Spiel der einzelnen Finger nötig, dieses ist bei Frau X nicht gegeben. Desweiteren fehlt ihr das endgradige Bewegungsausmaß der rechten Hand, um feinmotorische Arbeiten gut ausführen zu können.

2.4.7 Koordination

Auge-Hand-Koordination

Konnte ich keine Defizite feststellen

Hand-Hand-Koordination

Konnte ich keine Defizite feststellen

Bei Übungen im Erbsenbad konnte Frau X die Erbsen an ihrer Hand erkennen und mit der anderen Hand entfernen. Beim Arbeiten mit der Therapieknete registrierte Frau X die Knet-Rückstände an der Hand und entfernte diese, des weitern unterstützte die linke Hand die rechte beim Formen einer Kugel in der Luft, ein Zusammenspiel zwischen beiden Händen war hier erkennbar. Bei Übungen am Fingerbrett war Frau X in der Lage die Dübelstäbchen zu sehen und mit der Hand danach zu greifen, die andere Hand griff automatisch zum Fingerbrett um dieses festzuhalten, wenn es etwas wegrutschte.

Perzeption 3.4.8 – 3.4.13

2.4.8 Tiefensensibilität

verschiedene Test im Stand bei geschlossenen Augen:

Schulter in Anteversion 90 Grad abgetestet, beide Arme wurden in dieselbe Stellung gebracht,

Ellenbogen Flexion bei hängenden Armen abgetestet, rechter Arm rotierte bei Ellbogenflexion in Pronationsstellung zum Rumpf, linker Arm führte Flexionsbewegung richtig aus

Hand Dorsalflexion: beide Hände wurden in dieselbe Stellung gebracht

Finger abspreizen: linke Hand spreizte in der Pronationsstellung des Armes die Finger ab, rechte Hand in der Null-Stellung des Armes

Stand: Frau X bekam die Anweisung sich um 180 Grad von der Bobathbank weg zu drehen. Sie war hier nicht in der Lage parallel zur Bank zu stehen, die Beine parallel zueinander zu stellen.

Anweisungen: Frau X ist in der Lage Bewegungen nachzustellen. Bei nur verbal angegebenen Anweisungen wie parallel die Füße setzen, eine halbe Drehung auszuführen hat Sie Schwierigkeiten, muss korrigiert werden.

2.4.9 Oberflächensensibilität

Leichte Berührung mit Watte und Papier

Druck durch Aufdrücken eines kleinen Holzstabes

Schmerz durch Pieksen mit einer Schraube

Kälte mittels kalter Therapieknete

Wärme durch Anfassen und Berühren mit einer heißen Kaffeetasse

Bei o. a. Testreihe konnte ich keine Defizite feststellen.

2.4.10 Körperschema/Stereognosie

Körperschema

Tests erfolgten nach Anweisungen, wie „führen sie die rechte Hand zur linken Schulter“ etc.

Hand rechts – Schulter links

Hand rechts – Ellbogen links

Hand links – Oberarm rechts

Hand – Hand

Hand rechts – Kopf

Hand rechts – Knie links

Hand links – Schulter rechts

Stereognosie

Tests wurden mit geschlossenen Augen durchgeführt.

Ertasten von Radiergummi, Schraube und Büroklammer

Beim Abtesten konnte ich keine Defizite feststellen.

2.4.11 Körpergefühl

Bei Übungen während der Therapieeinheit konnte ich feststellen, dass Frau X bestimmte Bewegungen, vor allem neue, nicht zuordnen konnte. Zum Beispiel bei Übungen an der Sprossenwand, sollte sie sich wegdrücken und wieder heranziehen. Dabei drückte sie ihre Hüften weit nach hinten, die Beine winkelten sich an. Es dauerte mehrere Versuche bis sie in der Lage war, ihren Körper bei dieser Übung aufrecht und gerade zu halten.

Beim Finger krappeln auf dem Tisch ist sie nicht in der Lage die Bewegung fließend auszuführen.

2.4.12. Taktil

Frau X hat keine taktile Abwehr betreffend Material z.B. Therapieknete, Erbsen/Linsenbad, Kugeln etc.

Zusammenfassung Perzeption

Frau X wirkt auf mich, wie wenn sie nie genau weiß „was sie mit ihren Armen und Beinen anstellen soll“, wie sie sie richtig einsetzen soll. Die Bewegungen kommen häufig unkoordiniert, abgehakt.

Meiner Meinung nach hat Frau X eine SI-Störung, was auch zum Krankheitsbild Sudeck passen würde. In der Anamnese liegen aber keine medizinischen und persönlichen Anhaltspunkte hierfür vor.

In der Tiefensensi konnte ich nur Defizite im Bereich des rechten Armes, also im Krankheitsbereich feststellen. Bei der Oberflächensensi, Körperschema und Stereognosie konnte ich keine Defizite feststellen. Der Bereich des Wahrnehmungsproblem es liegt meiner Meinung nach in der Sensomotorik.

2.4.13 Händigkeit

Frau X ist Rechtshänderin

2.4.14 Kulturtechniken

Frau X hat die Volksschule besucht und abgeschlossen.

Dementsprechend sind Kenntnisse Lesen, Schreiben, Rechnen etc. vorhanden.

2.4.15 Hilfsmittel

Frau X hat eine Flexionsschiene um den Faustschluss der rechten Hand zu steigern.

2.4.16 Schmerzbefund

Die Patientin klagt über Schmerzen in der Schulter und Oberarm, diese Schmerzen treten nachts, oder bei ruckartigen, unbedachten Bewegungen auf. In der Hand und den Fingern verspürt sie öfters ein leichtes Ziehen. Im Daumengrundgelenk Schmerzen bei längerem Einsatz, sowie ein Sperrgefühl bei der Abduktion. Schmerzen oder Muskelkater nach der Behandlung treten nicht auf.

3.4.17 Trophik

Am Tag der Befundung/rechte Hand:

Leichte Schweißbildung

Gute Durchblutung

Temperatur normal

Minimale Schwellung

2.5. Stichpunktartige Auflistung der vorhandenen Fähigkeiten und Defizite

Defizite

Persönlichkeit:

Geringes Selbstbewusstsein

Einfache Denkansätze, evtl. Minderbegabung

Geringes Selbstbewusstsein

ADL:

Kann schwere Sachen nicht tragen

Kann schwere Sachen nicht tragen wie Einkaufstaschen, Flaschen, Wassereimer

Grobmotorik:

Fähigkeiten:

aufgeschlossen u. freundlich

ordentlich gekleidet

therapiebereit/motiviert

erledigt ihren Haushalt selbständig

Benötigt keine Hilfe beim Essen, Trinken und Anziehen

Aktiv:

Bewegungseinschränkung d. OE:

Schulter rechts Retroversion
Ellbogen rechts Extension/flexion
Supination
Hand
geringe Handkraft

Feinmotorik:

Flexion d. Fingergelenke, Faustschluss
Opposition, Daumenabduktion

Kompensationsmuster

Perzeption

Tiefensensi
Körpergefühl/Selbstwahrnehmung

Passiv:

keine Bewegungseinschränkung der OE

Hand-Hand Koordination
Auge-Hand Koordination

Oberflächensensi
Körperschema
Keine taktile Abwehr

3. Therapie

3.1 Therapieziele

3.1.1 Fernziele

1. Erreichen des endgradigen Bewegungsausmaßes der OE rechts bei den Gelenkbewegungen Retroversion und Supination
2. Funktionsverbesserung der rechten Hand in Bezug auf Fingereinzelnbeweglichkeit
3. Kompensationsmuster reduzieren
4. Kraftaufbau der OE rechts

3.1.2 Nahziele und ihre Begründung

3.1.2.1. Steigerung des aktiven großen Faustschlusses der rechten Hand

Der aktive Faustschluss ist nur bis auf 2,5 cm möglich.

3.1.2.2. Verbesserung der Fingereinzelnbeweglichkeit in Bezug auf Steigerung des Bewegungsausmaßes der aktiven Daumenabduktion Und der aktiven Fingerbeugung der rechten Hand

Die Daumenabduktion ist nur bis 30 Grad möglich, die Patientin hat Ein Sperrgefühl bei Daumenbewegung und klagt öfters über Schmerzen. Um die Funktion der Hand zu verbessern, die Fingereinzelnbeweglichkeit zu erweitern, da die Beugung der Finger nur wie folgt möglich ist: bei II/4,5, bei III/5,5, bei IV/5 und bei V/3.

3.1.2.3. Steigerung der Handkraft rechts

Der Messwert der Handkraft anhand des Vigorimeter/mittel lag nur bei 21.

Zum Beispiel hat Frau X im Alltag Probleme beim Tragen von Taschen, was auf den noch nicht Vollständigen Faustschluss, aber auch auf die Handkraft zurückzuführen ist. Eine gesteigerte Handkraft ist bei vielen Tätigkeiten im Alltag nötig, z.B. beim Öffnen von Flaschen, Dosen, sowie beim Auswringen von Tüchern, Lappen etc. Hier eine Verbesserung zu erzielen würde für Frau X eine Steigerung der Selbständigkeit bedeuten.

3.1.2.4. Steigerung des Bewegungsausmaßes bei den Gelenkbewegungen Pronation und Supination der OE rechts

Beim Befunden des Bewegungsausmaßes stellte ich eine Bewegungseinschränkung Der Supination rechts 45 Grad fest.

Des weiteren hat Frau X wie unter 3.4.4 Kompensation beschrieben Ausweichbewegungen bei der Supination und Pronation. Die Pronatoren der Patientin sind Nicht genügend ausgeprägt.

3.1.2.5. Aufbau der Muskulatur der Schultern und Arme und Erhalt der Gelenkmobilisation

Durch die langsame Genesung, die dadurch erfolgte Bewegungseinschränkung ist Ein Muskelabbau in den OE erfolgt. Ein Kraftaufbau der Gesamtmuskulatur ist Nötig um die vollständige Einsatzfähigkeit wieder zu erreichen.

3.1.3 Therapiemethoden und Begründungen

zu 3.1.2.1 Steigerung des aktiven Faustschlusses

-Durch Flexionsübungen mittels Therapieknete, da die Flexion der Finger nötig ist um den Faustschluss zu erreichen, hierbei werden die einzelnen Finger an die Therapieknete angelegt und müssen aus der Beugung heraus die Knete nach Vorne schieben. Diese Übung spricht durch die Flexionsbewegung die Finger-Beuger an, ein Aufdehnen dieser erfolgt durch die Menge und den Härtegrad der Therapieknete.

-Mittels Auswringen eines Handtuches

Beide Hände umfassen das zu einer Rolle geformte Handtuch und drehen es Fest zusammen, wie wenn sie es auswringen wollen Diese Übung erfordert ein Festhalten des Handtuches was nur durch den Andauernden Faustschluss erreicht wird, das Zusammendrehen des Handtuches Erfordert Kraft, wobei die Fingermuskulatur beansprucht und gefördert wird.

-Mittels Übungen an der Sprossenwand

Die Patientin steht auf der untersten Sprosse an der Sprossenwand und hält sich In Schulterhöhe mit beiden Händen an der Sprosse fest, für das Festhalten wird Der Faustschluss bei beiden Händen eingesetzt. Die Patientin greift dann abwechselnd mit den Händen eine Sprosse nach oben. Durch den abwechselnden Handeinsatz, muss beim Umgreifen die an der Sprosse bleibende Hand das Körpergewicht halten. Das erfordert Kraft, die Muskulatur wird beansprucht und Gefördert.

-Seilziehen

Wie bei der Sprossenwand umgreifen wieder beide Hände unter Einsetzen des Faustschlusses das Seil, nacheinander ziehen die Hände das Seil gegen Widerstand Zum Körper. Auch hier wird die ständige Ausführung des Faustschlusses nötig, durch Widerstand, wie Gegenkraft eines Menschen auf der anderen Seite des Seiles ist auch hier wieder Kraft erforderlich

Zu 3.1.2.2. Verbesserung der Fingereinzelnbeweglichkeit in Bezug auf Steigerung des Bewegungsausmaßes der aktiven Daumenabduktion Und der aktiven Fingerbeugung der rechten Hand

-Daumenabduktion

durch Abduktionsübungen mittels Therapieknete Die Therapieknete wird zu einer langen Rolle geformt, die Hände liegen Beidseitig auf, dabei stehen die Daumen waagrecht. Die Daumen schieben Nun die Therapieknete nach oben weg. Dabei entsteht im Wechsel die Bewegung Abduktion/Adduktion, durch den Widerstand der Knete erfolgt Ein Aufdehnen der beanspruchten Muskulatur

- Durch Formen einer großen Kugel aus Therapieknete in der Luft Die Patientin erhält ein Stück Therapieknete, aus diesen Stück soll sie In der Luft eine Kugel formen. Um dieses zu erreichen muß der Daumen Mit eingesetzt werden, da sonst die Kugel nicht gehalten werden kann. Der Daumen führt eine immer wiederkehrende wechselnde Abduktion/Adduktionsbewegung aus, durch den andauernden Einsatz, zusätzlich durch Den Widerstand der Therapieknete wird das Bewegungsausmaß gesteigert.

Verbesserung der Fingerbeuger

-Durch Flexionsübungen, Kneten von Therapieknete Z.B. beim Formen einer Kugel wird im Zusammenspiel der einzelnen Finger Und des Daumens die Therapieknete zudrückend bearbeitet. Dadurch müssen Sich die Finger beugen, gegen den Widerstand der Knete arbeiten. Dafür ist Kraft und Beugung erforderlich und wird entsprechend gesteigert.

Zu 3.1.2.3 Steigerung der Handkraft

Durch Formen einer großen Kugel aus Therapieknete in der Luft

Durch Auswringen eines Handtuches in der Luft

Durch Übungen an der Sprossenwand

Durchkneten von Therapieknete
Seilziehen

Wie bei den Punkten 4.1.2.1 und 4.1.2.2 beschrieben ist bei allen Übungen Handkraft nötig. Die Handkraft wird durch diese Übungen gesteigert.

zu 3.1.2.4. Steigerung des Bewegungsausmaßes bei den Gelenkbewegungen Pronation und Supination der OE rechts

Durch Auswringen eines Handtuches oder Knete

Ein zu einer Rolle geformtes Handtuch (oder Therapieknete) soll fest zusammengedreht werden. Beide Hände umgreifen das Handtuch, während die linke Hand das Handtuch festhält dreht die rechte Hand das Handtuch nach oben hin zusammen. Diese Bewegung wird aus der Pronation zur Supination ausgeführt. Durch immer wieder nachgreifen und Ausführen der Bewegung wird die Muskulatur beansprucht und aufgebaut. Das Bewegungsausmaß gesteigert.

Zu 3.1.2.5. Aufbau der Muskulatur der Schultern und Arme und Erhalt der Gelenkmobilisation

Übungen an der Sprossenwand

Seilziehen

Wie unter 4.1.1 und 4.1.2 beschrieben ist bei diesen Übungen Kräfteinsatz, Um das Körpergewicht zu halten, nötig. Dieser Kräfteinsatz beschränkt sich nicht nur auf die Hand, den Faustschluss, sondern auch auf die restliche dabei beanspruchte Muskulatur bei Ausführung des Umgreifens nach oben, beim Heranziehen des Seiles etc. Zum Beispiel bei der Anteversion, Retroversion, Ellbogen-Flexion beim Heranziehen des Seiles, Extension des Ellbogens beim Nachgreifen des Seiles etc.

Alle Übungen die die OE betreffen und gegen Widerstand ausgeführt werden führen automatisch zum Aufbau der dabei beanspruchten Muskulatur und erhalten somit die Einsatzfähigkeit, Funktion der Gelenke der OE.

3.2 Bisheriger Behandlungsverlauf

Aufnahmebefund am 26.03.02 der OE rechts/Hand rechts:

Die rechte Hand zeigte eine starke Schweißbildung, sie war leicht geschwollen und warm. Der Faustschluss/HAA war aktiv bei II/7,2, III/9,3, IV/8,6, V/6,6 möglich. Bei Messung der Handkraft wurde nur ein 3er Wert erzielt. Das Bewegungsausmaß der Schulter lag in der Abduktion bei 70 Grad, in der Anteversion bei 70 Grad. Beim Ellbogengelenk in der Extension/Flexion bei 30/0/110. Das Bewegungsausmaß der Handgelenke in der Dorsalextension bei 45 Grad. In der Uln. Abduktion bei 20 Grad, in Rad. Abd. bei 20 Grad.

Frau X klagte über Schmerzen im Rad.Uln.gelenk bei der Supination, des Weiteren gab sie ein kribbeliges Gefühl in der Hand an.

Stand der Therapie zu Praktikumsbeginn am 21.04.02

Bei der Patientin war eine starke Schweißbildung an der Hand sichtbar und tastbar. Die Hand war geschwollen. Der Faustschluss/HAA war passiv bis auf ca. 2 cm und aktiv bis auf ca. 4 cm möglich. In der Handkraft war eine leichte Steigerung fühlbar. Die Beweglichkeit der Schulter hatte sich in Abduktion auf 90 Grad, in der Anteversion auf 140 Grad und in der Retroversion auf 60 Grad gesteigert. Im Laufe der nächsten Behandlungen wurde mittels Therapieknete, Theraband, Kugeln, Steckspiel, Sensibad die Funktion der Hand weiter verbessert. Die Bewegungsausmaß der Schulter durch Adaption des Steckspieles und Gelenkmobilisation vergrößert. In der Verlaufskontrolle am 10.05. war der Faustschluß/HAA passiv nach der Behandlung endgradig möglich, aktiv bei II/5, III/6, IV/6,5. In den nachfolgenden Therapieeinheiten erfolgte weiter eine Behandlung mittels Therapieknete, Steckspiel, Kugeln, Theraband, für die Schulter, Ellbogen, Arm Übungen an der Sprossenwand, Wischbewegungen etc. Bei der Verlaufskontrolle am 18.06.02 hatte die Patientin Fortschritte beim Passiven und aktiven Faustschluss gemacht. Der aktive Faustschluss/HAA war nun bei II/4,5, III/5,5, IV/5 cm, V/3,0 cm, sowie eine Fingeropposition 1-5 möglich. Die Handkraft hatte sich auf 21 gesteigert.

Die Schulterbeweglichkeit endgradig. Des Weiteren konnte man eine deutliche Ödemreduktion feststellen. Frau X klagt über Schmerzen im Daumen. Die Patientin erhielt eine Flexionsschiene die sie mehrmals täglich á ½ Stunde anlegen soll um den Faustschluss weiter zu steigern.

Die Angaben zum Behandlungsverlauf stammen aus der Krankenakte und eigenen Befindungen.

4. Therapieeinheit

4.1. Therapieziele

- 4.1.1 Ödemreduktion,
- 4.1.2 Fingerbeuger passiv und aktiv
- 4.1.3 Faustschluss passiv und aktiv
- 4.1.4 Schultermobilisation
- 4.1.5 Fingereinzelnbeweglichkeit
- 4.1.6 Pronation und Supination
- 4.1.7 Handkraft

4.2. Geplanter Therapieverlauf mit Zeitangabe

Dauer der Einheit 30 Minuten

Behandlung der rechten Hand und OE rechts

1. Begrüßung, Einstellen der Bank, Tisch auf die Patientin zum Erreichen der physiologischen Sitzhaltung
2. Sicht- und Tastbefund
3. Einführen der rechten Hand in das Erbsenbad zur Ödemreduktion
Durch Durchblutungsfördernde und kühlende Wirkung der Erbsen bei aktiver Bewegung. Zur Lockerung der Hand.
4. Auflegen des rechten Armes auf den Hammerblock:
Passives Aufdehnen der Fingerbeuger
Passiver Faustschluss.
5. Entfernen des Hammerblockes
6. Arbeiten am Tisch, unter die linke Hand wird zwecks Schweißbildung ein Handtuch gelegt
Ausführung des aktiven Faustschluss durch die Patientin
Sterilisieren der Hände von Patientin und Therapeuten
Vorbereitete Therapieknete mittel:
Therapieknete: Mobilisierung der OE durch Rollen der Knete
aktive Beugeübungen: erst mit allen Fingern 5 x
danach mit den einzelnen Fingern je 5 x
Flexionsübung: Die Knete wird im Ganzen vor die Patientin auf den Tisch gelegt. Die Patientin soll die Hand, Finger dabei in Beugestellung an die Knete anlegen und die Knete durch Streckung der Finger nach Vorne wegschieben.
7. Anlegen eines Rollflexverbandes an den Mittelfinger um eine passive Beugefixierung zu erreichen
8. Aus dem Fingerbrettchen mit kleinen Dübeln sollen die Dübel herausgenommen und in den Hammerblock, der rechts von der Patientin auf der Bank abgestellt wurde abgelegt werden. Die Übung wird nacheinander von allen Fingern durchgeführt. Durch diese Übung wird die Flexion beübt. Beim Ablegen in den Hammerblock wird zusätzlich die Schulter mobilisiert. Danach wird der Tisch aufgeräumt und in Schrägstellung gebracht.
9. Das Handtuch der Patientin wird längs auf den Tisch gelegt, die Finger der Patientin krappeln auf dem Handtuch den Tisch hoch und ziehen dabei das Handtuch Stück für Stück runter. Die Adaption Schrägstellung des Tisches dient dabei u.a. der Ödemreduktion und der Schultermobilisation, fördert die richtige Stellung des Handgelenkes = Auflegen.
Danach soll die Patientin das Handtuch aufrollen, mit beiden Händen mittels Faustschluss umfassen, die linke Hand hält das Handtuch, die rechte dreht Das Handtuch zusammen, so als ob sie es auswringen möchte.
Durch diese Übung wird der Faustschluss, die Handkraft, die Pronation und Supination beübt.
10. Ende der Therapiestunde, Reflexion mit der Patientin, Verabschieden

4.3. Eventuell auftretende Schwierigkeiten

Die Funktion der Hand, evtl. Schmerzen, Ödem sind von der Tagesform der Patientin und den Witterungsverhältnissen abhängig.
Es können dadurch Änderungen im Therapieverlauf auftreten, wie z.B. längere Ödemreduktion oder passive Dehnübungen.

Des Weiteren besteht die Möglichkeit, dass Frau X Übungen nicht sofort versteht, nicht durchführen kann, diese länger erklärt werden müssen, was wiederum eine Zeitverzögerung bedeutet. Zu berücksichtigen ist außerdem die Situation „Sichtstunde“, was Aufregung und Nervosität seitens der Praktikantin, aber auch der Patientin, zur Folge haben kann.

4.4. Tatsächlicher Therapieverlauf

(Beschreibung, Änderungen des Verlaufes oder des gewünschten Ergebnisses wird unter den einzelnen Punkten in Kursiv beschrieben)

1. “Begrüßung, Einstellen der Bank, Tisch auf die Patientin zum Erreichen der physiologischen Sitzhaltung“
Die Patientin wurde begrüßt, gebeten sich zu setzen. In der Aufregung Habe ich vergessen die Bank auf die Größe der Patientin einzustellen. Dadurch saß die Patientin während der gesamten Therapieeinheit zu Niedrig, eine physiologische Sitzhaltung war nicht gegeben.
2. Sicht- und Tastbefund
Die Hand war heiß, leicht geschwollen, eine Schweißbildung war Tastbar.
3. Einführen der rechten Hand in das Erbsenbad zur Ödemreduktion Durch Durchblutungsfördernde und kühlende Wirkung der Erbsen bei aktiver Bewegung. Zur Lockerung der Hand.
Aus dem Sicht und Tastbefund ergab sich wie vorhergesehen eine Behandlung der Hand im Erbsenbad. Das Erbsenbad stand bereits Rechts von der Patientin auf der Bank. Die Patientin wartete nicht Meine Aufforderung die Hand hinein zu tun ab, sondern handelte Selbständig, aus der Gewohnheit heraus. Hier hätte ich schneller eine Gezielte Anweisung geben müssen. Des weiteren machte ich keine Angaben zu Bewegungen der Hand im Erbsenbad. Auch hier führte Die Patientin die erforderlichen Bewegungen automatisch selbständig Aus. Das Ziel der Ödemreduktion, Kühlung und Lockerung der Hand wurde aber erreicht.
4. Auflegen des rechten Armes auf den Hammerblock:
Passives Aufdehnen der Fingerbeuger
Passiver Faustschluss.
Ich achtete auf die richtige Position des Hammerblockes damit Die Patientin entspannt sitzen konnte, ihre Schulter und ihr Arm In der richtigen Stellung war. Die Hand selbst war locker, lediglich Im Bereich Mittelfinger und Ringfinger konnte ich Verspannungen Feststellen. Das machte ein passives Durchbewegen der GG notwendig. Dadurch entstand eine Zeitverzögerung. Ich dehnte die Muskulatur der Finger auf, dabei ging ich Von Pip nach GG vor. Den passiven Faustschluss führte ich erst nach Entfernen des Hammerblockes durch.
5. Entfernen des Hammerblockes
Ich nahm den Hammerblock vom Tisch und stellte ihn rechts von Der Patientin auf die Bank, dabei schob ich gleichzeitig das Erbsenbad nach hinten.
6. Arbeiten am Tisch, unter die linke Hand wird zwecks Schweißbildung ein Handtuch gelegt
Ausführung des aktiven Faustschluss durch die Patientin
Sterilisieren der Hände von Patientin und Therapeuten
Vorbereitete Therapieknete mittel:
Therapieknete: Mobilisierung der OE durch Rollen der Knete
aktive Beugeübungen: erst mit allen Fingern 5 x
danach mit den einzelnen Fingern je 5 x
Flexionsübung: Die Knete wird im Ganzen vor die Patientin auf den Tisch gelegt. Die Patientin soll die Hand, Finger dabei in Beugestellung An die Knete anlegen und die Knete durch Streckung der Finger nach Vorne wegschieben.
Danach ließ ich die Patientin den aktiven Faustschluss durchführen, das Handtuch für die linke Hand wurde bereits zu Anfang der Behandlung untergelegt.
Nach dem Sterilisieren der Hände legte ich die Therapieknete auf dem Tisch und versuchte auf die Winkelstellung zu achten. Ich erklärte der Patientin die Übung, forderte sie auf, die Finger langsam zu beugen Und nicht „schnelzen“ zu lassen.
Bei den Beugeübungen hätte die Patientin ihr Handgelenk auf dem Tisch Aufliegen lassen

müssen, damit die Übungen nicht kompensiert über Arm und Schulter durchgeführt werden, sondern über die Beugung der Finger. Darauf habe ich nicht geachtet. Die Patientin kompensierte bei Den Flexionsübungen über das Handgelenk.

Bei der Beugung des kleinen Fingers klagte die Patientin über Schmerzen.

Da sie vorher nie Schmerzen im kleinen Finger hatte, unterbrach ich Immer wieder die Übung und lockerte die GG auf, dehnte passiv nochmals Die GG, DIP, PIP. Ich ließ sie die Übungen aber trotzdem weiterführen.

Die Schmerzen wurden durch eine falsche von mir vorgegebene Winkelstellung verursacht. Der kleine Finger beugte dadurch in der Abduktion.

Durch die Schmerzen, dass dadurch notwendige Unterbrechen der Behandlung wurde wieder eine Zeitverzögerung verursacht.

7. Anlegen eines Rollflexverbandes an den Mittelfinger um eine passive Beugefixierung zu erreichen
Ich nahm die Therapieknete vom Tisch und legte der Patientin einen Rollflexverband am Mittelfinger an, um eine passive Beugung zu erhalten. Da ich beim letzten Mal den Verband zu kurz bemessen hatte, hatte ich diesmal ein längeres Stück vorbereitet. Der Verband war jedoch diesmal zu lang, was bedeutete, dass er nach einiger Zeit den Finger abdrückte, zu fest war.
8. Aus dem Fingerbrettchen mit kleinen Dübeln sollen die Dübel herausgenommen und in den Hammerblock, der rechts von der Patientin auf der Bank abgestellt wurde abgelegt werden. Die Übung wird nacheinander von allen Fingern durchgeführt.
Durch diese Übung wird die Flexion beübt. Beim Ablegen in den Hammerblock wird zusätzlich die Schulter mobilisiert.
Danach wird der Tisch aufgeräumt und in Schrägstellung gebracht.
Wie bei Punkt 7 beschrieben musste ich während der Übung den Roll-Flexverband abnehmen. Die Patientin führte die Übung danach ohne Verband aus. Das Greifen der Dübel mit dem Mittelfinger war aber auch ohne Verband möglich.
Nach Ausführung dieser Übung war die Zeit der Therapieeinheit abgelaufen.
Weitere Übungen konnten nicht wie geplant ausgeführt werden.
Diese Änderungen im geplanten Therapieverlauf sind auf verlängerte Ödemreduktion, notwendiges passives Durchbewegen und durch (Wie beschrieben) falsches Ausführen der Übungen von mir, verursacht worden. Ein erweitertes Bewegungsausmaß der Pronation und Supination, sowie eine Steigerung der Handkraft konnte somit in Dieser Therapieeinheit nicht erreicht werden.
Alle anderen Therapieziele sind wie gewünscht erreicht worden.
Zusätzlich zur Reflexion über die Therapieziele möchte ich anmerken, dass kaum eine Unterhaltung mit der Patientin stattgefunden hat.
Das lag vor allem an meiner gesteigerten Konzentration, aber auch An meiner Nervosität während der Sichtstunde.

5. Weiterer Behandlungsverlauf

Weiterführende Behandlungen zielen vor allem darauf hinaus, die Funktion der Hand weiterhin zu verbessern, die Fingereinzelnbeweglichkeit, einen endgradigen Aktiven Faustschluss zu erreichen und Kompensationsmuster der Patientin zu beseitigen. Hier stände die Kompensation „bei Ausführung des Pinzettengriffes mit dem Mittelfinger in die Extension, statt wie erforderlich in Die Flexion zu gehen“ an erster Stelle. Des weitem wird der Patientin u.a. eine Flexionsschiene für den Mittelfinger angefertigt, um hier die passive Beugung Zu verstärken. Übungen betreffend der Fingerfertigkeit wären u.a. angebracht. Darüber hinaus soll ein Kraftaufbau der OE rechts, einschließlich der Handkraft erfolgen, das endgradige aktive Bewegungsausmaß der OE rechts erreicht werden.

6. Weiterführende Therapievorschläge

Nach Abschluss der motorischen Behandlung Befundung der Patientin betreffend einer SI-Störung, je nach Ergebnis weiterführende Ergotherapeutische SI-Behandlung.