

Praktikumsbericht im Bereich angewandte Ergotherapie

Fachbereich: *psychosozial*

Zeitraum: *3. Februar – 30. April 2003*

Praktikantin: *Christin Bernhardt*

Klasse: *BAT 9.1*

Datum, Unterschrift

Gliederung des Praktikumberichtes

1. Beschreibung der Einrichtung -----	Seite 2 - 4
1.1. kurzer geschichtlicher Abriss	Seite 2
1.2. Leitbild der Einrichtung	Seite 2
1.3. Bauliche Struktur/ Kapazität	Seite 2 - 3
1.4. Lage der Einrichtung	Seite 3
1.5. Klientel	Seite 3
1.6. Konzeption	Seite 3
1.7. Therapieangebote	Seite 4
1.8. Integration der Ergotherapie	Seite 4
2. Anamnestische Daten -----	Seite 5 - 11
2.1. Patientendaten	Seite 5
2.2. Diagnose	Seite 5
2.3. Medikation	Seite 6 - 7
2.4. Krankheitsanamnese	Seite 8 - 9
2.5. Sozialanamnese	Seite 9 - 10
2.6. Familienanamnese	Seite 10
2.7. Eigenanamnese	Seite 10
2.8. Fremdanamnese	Seite 11
2.9. Therapien/ Beschäftigungsaktivitäten	Seite 11
3. Ergotherapeutische Befunderhebung -----	Seite 12 - 18
3.1. äußeres/ körperliches Erscheinungsbild	Seite 12
3.2. motorisch – funktioneller Befund	Seite 12 - 14
3.3. perceptiver Befund	Seite 14 - 15
3.4. kognitiver Befund	Seite 15 - 16
3.5. psychischer Befund	Seite 16 - 17
3.6. lebenspraktischer Befund	Seite 18
3.7. Befundbewertung	Seite 18
4. Behandlungsplan -----	Seite 19 - 25
4.1. Behandlungsrichtlinien	Seite 19
4.2. Behandlungsziele	Seite 19
4.3. Behandlungsverfahren	Seite 20
4.4. Arbeitsplatzgestaltung	Seite 20 - 21
4.5. arbeitstherapeutische Aspekte	Seite 22
4.6. Planung der Therapieeinheit	Seite 22 - 24
4.7. Vorschläge zur weiteren Behandlung	Seite 25
5. Prognose -----	Seite 25
6. Reflexion -----	Seite 25
7. Quellennachweis -----	Seite 26
8. Anhang -----	Seite 26 - 29

1. Beschreibung der Einrichtung

1.1. kurzer geschichtlicher Abriss

Das Seniorenheim wurde am 1. Mai 1978 eröffnet.

Am 1. Januar 1993 wurde es vom ASB – OV in Trägerschaft übernommen und ab 1. Juli 1997 als gemeinnützige GmbH geführt.

1.2. Leitbild der Einrichtung

ASB „ Helfen ist unsere Aufgabe “

Der ASB ist ein gemeinnütziger Wohlfahrtsverband, der parteipolitisch und konfessionell unabhängig wirkt.

Das Ziel ist es Menschen zu helfen, ihnen mit Rat und Tat zur Seite zu stehen, ohne dabei nach Nationalität, Religion, Geschlecht oder politischer Überzeugung zu fragen.

Die Aufgabe besteht darin Unterstützung zu geben, bei der Gestaltung des persönlichen Lebensraumes, Kompetenz zu schützen und zu fördern, sich an individuellen

Lebensgeschichten zu orientieren und den anerkannten Platz in der Gesellschaft zu sichern.

1.3. Bauliche Struktur/ Kapazität

Das Gebäude hat eine Gesamtfläche von 2310 m² und verfügt über 180 Pflegeplätze. Davon sind 96 Einbettzimmer, 39 Zweibettzimmer und 2 Dreibettzimmer – 1 Platz ist für die Kurzzeitpflege vorgesehen.

Die Einbettzimmer haben eine Grösse von 12,31 m², die Zweibettzimmer von 18,45 m² und die Dreibettzimmer von 37 m².

Jedes Zimmer hat die selbe Ausstattung – ein Pflegebett , Nachttisch, Kleiderschrank/ Anrichte, 1 Tisch, Stühle, 1 Sessel, Fernsehanschluss und Notrufanlage.

Das Haus hat 5 Etagen und besteht somit aus 5 Wohnbereichen und einem Kellergeschoss. Im Kellergeschoss befindet sich die Küche, ein Frisör, ein Sportraum, ein Snoezelraum, ein Tonraum, ein Lagerraum für Bastelmaterialien, einige Räume für den Hausmeister, sowie Umkleide – bzw. Diensträume für das Küchenpersonal, die Pfleger, Schwestern und Therapeuten.

Auf Wohnbereich 1 stehen 23 Pflegeplätze mit 19 Einbettzimmer und 2 Zweibettzimmer zur Verfügung. Des weiteren befinden sich hier die Büroräume der Leiter, die Behandlungsräume der Physiotherapie und eine Verkaufsstelle, die Montag bis Freitag geöffnet hat.

Der Wohnbereich 2 hat 41 Pflegeplätze mit 17 Einbettzimmer, 11 Zweibettzimmer und 1 Dreibettzimmer;

Wohnbereich 3 hat 38 Pflegeplätze mit 20 Einbettzimmer und 9 Zweibettzimmer;

Wohnbereich 4 hat 39 Pflegeplätze mit 19 Einbettzimmer, 10 Zweibettzimmer und 1 Dreibettzimmer und

Wohnbereich 5 hat 37 Pflegeplätze mit 21 Einbettzimmer und 7 Zweibettzimmer.

In jedem Wohnbereich befinden sich 2 Bäder mit spezieller Pflegewanne, 2

Gemeinschaftsräume (Speise – und Clubraum) für Mahlzeiten, gemeinsame Veranstaltungen – Therapien und Beschäftigungsstunden, ein Funktionsraum mit Fäkalienspüle,

Lagerungsmöglichkeiten für Pflegehilfsmittel, Wäsche, u. ä.

Zu jeder Station (entspricht einem Wohnbereich) gehört ein Dienstzimmer mit 1

Waschbecken, Desinfektionsmöglichkeit, verschließbaren Medikamentenschrank, zentrale Notrufanlage und Telefon.

Die einzelnen Etagen sind über 2 Treppenhäuser erreichbar oder aber durch einen der 2 Fahrstühle.

1.4. Lage der Einrichtung

Das Seniorenheim befindet sich im Bereich des Stadtzentrums. In günstiger Nähe liegt der Bus – und Bahnverkehr, sowie verschiedene Einkaufsmöglichkeiten, Versorgungs – und Dienstleistungseinrichtungen – zum Beispiel Post, Friseur/ Fusspflege, Arztpraxen, Optiker, Gaststätten, kulturelle Angebote und Parkanlagen.

Für Besucher stehen 10 hauseigene Parkplätze zur Verfügung, zusätzlich befindet sich ein Parkhaus in der Nähe.

Im Eingangsbereich befindet sich die Rezeption und das Haus kann stufenlos durch eine Anfahrtshöhe erreicht werden.

1.5. Klientel

In diesem Heim werden nicht nur alte Menschen mit Alterserkrankungen betreut und gepflegt, sondern auch Suchtkranke, Wachkomapatienten und Menschen mit Schädelhirntrauma.

(Die Bewohner werden in verschiedene Pflegestufen eingeteilt – Pflegestufe 1 = erhebliche Pflegebedürftigkeit, Pflegestufe 2 = schwere Pflegebedürftigkeit, Pflegestufe 3 = schwerste Pflegebedürftigkeit).

1.6. Konzeption

Für jeden Heimbewohner gibt es eine individuelle bewohnerorientierte Betreuung und Pflege. Diese zielt darauf ab, dass der Heimbewohner

1. kommunizieren
2. sich bewegen
3. sich pflegen
4. essen und trinken
5. ausscheiden
6. sich kleiden
7. ruhen und schlafen
8. sich beschäftigen
9. sich als Mann/ Frau fühlen
10. für Sicherheit sorgen
11. soziale Bereiche des Lebens sichern
12. mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen kann und dass vitale Funktionen aufrechterhalten werden.

Die Betreuung orientiert sich an den Bedürfnissen und Interessen der Bewohner und ermöglicht ein soziales Umfeld zum Wohlfühlen (Bewohnerzufriedenheit).

Zur psychosozialen Betreuung gehören Gesprächskreise/ Einzelgespräche, basale Stimulation/ Snoezelraum, Beschäftigungsangebote, gemeinsame Ausflüge, Veranstaltungen/ Feste im Jahreskreis, soziale Kontakte intern/ extern (zum Beispiel Patenschaftsbeziehungen), individuelle Angebote und Sterbebegleitung.

Für die mobilisierende und aktivierende Betreuung werden Seniorensport – mobilisierende Therapie nach Bobath - , Sauerstoffkuren und Massagen, nach Bedarf, angeboten.

1.7. Therapieangebote

Neben der Ergotherapie bietet die Einrichtung Physiotherapie, Sozialtherapie, Bewegung/ Sport und Singen/ Chor. Außerdem wird alle 14 Tage Ton und alle 4 Wochen ein Lesenachmittag angeboten.

Ansonsten heißt es gemütliches Beisammensein bei Wohnbereichsaktivitäten – Kegeln, Zeitungsschau, Gesprächskreise, Kaffeerunde, usw. - und festlichen Veranstaltungen – Weihnachtsfest, Fasching, Frühlingsfest, Männer – und Frauentag, Ostern, Geburtstagsfeiern, usw.

1.8. Integration der Ergotherapie

In dieser Einrichtung ist nur eine Ergotherapeutin angestellt, die für alle Bewohner, jeder Pflegestufe und jeden Wohnbereiches, verantwortlich ist.

Die Räumlichkeit der Ergotherapie ist auf einen Raum beschränkt, der gleichzeitig als Speiseraum des 1. Wohnbereiches dient. Hier findet Montag, Mittwoch und Freitag, von 8.45 – 10 Uhr, die Arbeitstherapie statt. Bewegung wird im Sport -, Clubraum oder einzeln, auf den jeweiligen Zimmern, durchgeführt.

Die Ergotherapie ist gut in das Team integriert und ergänzt sich mit den anderen Therapeuten.

2. Anamnestische Daten

2.1. Patientendaten

Die Daten des Patienten wurden der Krankenakte entnommen oder erfragt und sind wegen des Datenschutzes verschlüsselt.

> Name:	Frau U.
> Alter:	ca. 70 Jahre
> Geschlecht:	weiblich
> Wohnort:	eine Stadt in Brandenburg
> Familienstand:	verwitwet
> Kinder:	1 Tochter
> Geschwister:	1 Schwester
> Beruf:	Rentner

2.2. Diagnose

- a) Hauptdiagnose: Alzheimer Demenz
 b) Nebendiagnosen: Verwirrheitszustände,
 chronifiziertes depressives Syndrom,
 Angina Pectoris Anfall

> Definition/ Erläuterung:

zu a): Die Demenz (lateinisch etwa; Zustand der Geistlosigkeit) vom Alzheimer Typ ist eine primär degenerative zerebrale Erkrankung und führt zu einer zunehmenden Verschlechterung der kognitiven Funktionen, insbesondere des Gedächtnisses, Denkens, der Urteilsfähigkeit, Intelligenz und Orientierung. Häufig folgen Beeinträchtigungen im sozialen Umfeld und Veränderungen in der Persönlichkeitsstruktur.

zu b): Verwirrheitszustände zeigen sich in einer Bewusstseinsintrübung mit Denkstörung, Erinnerungsverfälschung und Desorientierung. Das heißt die Fähigkeit, verschiedene Aspekte der eigenen Person und der Umwelt zu erfassen, sie sinnvoll miteinander zu verbinden, entsprechend zu handeln und sich mitzuteilen, ist beeinträchtigt.

Das chronifizierte depressive Syndrom äußert sich in einer langandauernden gedrückten (traurigen) Stimmung, Interessen – und Freudlosigkeit und Antriebsstörung, sowie Denk – und Konzentrationsstörungen, vermindertes Selbstwertgefühl, Unruhe und Appetitsteigerung. Angina pectoris sind plötzlich einsetzende, Sekunden oder Minuten andauernde Schmerzen im Brustkorb. Diese äußern sich als Engegefühl um den Brustkorb mit Erstickungsanfall und Atemnot bis zum Vernichtungsgefühl und Todesangst.

2.3. Medikation

Die Medikamente und ihre Dosierung wurden der Krankenakte entnommen.

Medikamente (Form)	Einnahme					Wirkungsweise	Therapierrelevante Nebenwirkungen
	m	v	m	n	n		
	o	r	i	a	a		
	r	r	t	c	c		
	g	m	ta	h	h		
	e	i	g	m	t		
	n	t	s	i	s		
	t	a	t	t			
	s	g	a	a			
	s	s	s	s			
Pentalong 80 mg (Tablette)	1	-	-	1	-	> zur Behandlung von Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße (Vorbeugung und Dauerbehandlung der Angina pectoris)	> Kopfschmerzen, Blutdruckabfall/ Benommenheit, Schwindel – und Schwächegefühl, > selten: Herzrhythmusstörungen, Verstärkung der Angina pectoris - Symptomatik
Bisoprolol rat. 10 mg (Dragee)	1	-	-	-	-	> herzspezifischer Betarezeptorenblocker - zur Behandlung von essentieller Hypertonie (Bluthochdruck) und Herzschmerzen aufgrund von Durchblutungsstörungen in den Herzkranzgefäßen (Angina pectoris)	> Müdigkeit, Schwindelgefühl, Kopfschmerzen, Verwirrtheit > Atemnot (bei körperlicher Belastung) > Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Verstopfung, Schmerzen und Krämpfe (im Bauchraum) > Muskelschwäche, -krämpfe
Ferro Sanol Duodenal (Kapsel)	1	-	-	1	-	> zur Behandlung von Eisenmangel(anämie)	> Verstopfung, Erbrechen, Durchfall
Neo – Thyreostat (Tablette)	½	-	-	-	-	> Hemmung der Schilddrüsenfunktion (Thyreostatikum)	> Gelenk – und Muskelschmerzen, Gefäß – oder Nerven - entzündungen, Sensibilitäts – störungen, Ödeme

Euthyrox 75 Mikrogramm (Tablette)	½ - - - -	> zur Behandlung der Schilddrüsenhormonsubstitution (Ergänzung fehlenden Hormons bei Schilddrüsenunterfunktion)	> bei sachgemäßer Anwendung sind keine Nebenwirkungen zu erwarten
Allopurinol rat. 100 mg (Tablette)	1 - - - -	> Hemmung der Bildung von Harnsäure	> Übelkeit, Durchfall > selten: Schwindel, Benommenheit, Kopfschmerzen
Methiotrans (Dragee)	1 - 1 1 -	> zur Harnansäuerung: Vermeidung der Steinneubildung bei Phosphatsteinen, Hemmung des Bakterienwachstums	> Erbrechen, Übelkeit, Schläfrigkeit
Melperon 100 (Dragee)	- - - - ½	> zur Behandlung von Schlafstörungen, Verwirrheitszuständen, geistig – seelischen Störungen und zur Dämpfung von psychomotorischer Unruhe und Erregungszuständen	> Müdigkeit, Blutdruckabfall bzw. niedriger Blutdruck beim Wechsel vom Liegen zum Stehen und gesteigerte Herzreaktion
Exelon 4,5 mg (Kapsel)	- - - 1 -	> zur Behandlung der leichten bis mittelschweren Alzheimer - Krankheit	> Übelkeit, Erbrechen, Sodbrennen, Schwindel, Kopfschmerzen, Verwirrtheit, Depressionen, Schwächegefühl, Müdigkeit
Edronax 4 mg (Tablette)	1 - - - -	> Antidepressivum	> vermehrtes Schwitzen, Herzrasen, Schwindel
Migraeflux MCP (Dragee)	(bei Bedarf) - - - - 1	> zur Behandlung von Kopfschmerzen mit Schwindel, Übelkeit und Erbrechen bei Migräneanfall	> Parkinsonismus (Zittern, erhöhte Muskelspannung und Bewegungsstarre)

2.4. Krankheitsanamnese

☞ Morbus Alzheimer

> Ursachen der Erkrankung

allgemeine Ursachen: - nur in ersten Ansätzen bekannt

- mehrere Faktoren:

- + Erbfaktoren (Familienmitglieder in mehreren Generationen erkrankt)
- + entzündliche Vorgänge (am Untergang von Nervenzellen sind entzündliche Vorgänge beteiligt)
- + Umwelteinflüsse (zurückliegende Schädelhirnverletzung mit Bewusstlosigkeit; Menschen mit unzureichender Schulbildung haben erhöhtes Risiko)

spezielle Ursachen: - sind unklar

> Symptomatik

allgemeine Symptome: - zu Beginn vor allem Gedächtnisstörungen (Kurzzeitgedächtnis)

- im weiteren Verlauf stehen Unruhe, Orientierungsstörungen, Aphasie, Agnosie, Apraxie, Reizbarkeit, Wahn, Halluzinationen oder Depressionen im Vordergrund
- häufig treten Beeinträchtigungen im sozialen und beruflichen Umfeld bzw. Veränderungen der Persönlichkeitsstruktur auf

spezielle Symptome: - Patientin weist Gedächtnisstörungen (vor allem des Kurzzeitgedächtnisses) und Orientierungsstörungen auf

- ihr ständiger Bewegungsdrang ist ein Zeichen ihrer psychomotorischen Unruhe
- auch Depressionen treten bei ihr auf (Angst, Unruhe, rastlose Bewegungen, Wehleidigkeit/ Jammern, Wiederholung der gleichen Fragen, sich anklammern, ...)
- die Beeinträchtigungen im sozialen Bereich/ Umfeld, zeigen sich vor allem darin, dass die Patientin Einzelgängerin ist und wenig spricht
- des weiteren weist sie Veränderungen in der Persönlichkeitsstruktur auf (früher war Frau U. auch ruhig, aber lustig, kontaktfreudig und nicht wehleidig)

> Krankheitsverlauf

- schon vor dem Tod des Mannes 1991 zeigte sich gesteigerte Vergesslichkeit
- danach traten deutliche Stimmungsschwankungen auf und es kam zur Abnahme der Belastbarkeit (vor allem der psychischen Belastbarkeit)
- 14. 03. 1994 - Einweisung in das ASB – Seniorenheim Frankfurt (Oder)
(Patientin war nicht mehr in der Lage sich selbst zu versorgen)
Verdacht auf Morbus Alzheimer
- 04. 09. 1996 – 16. 09. 1996
- Aufenthalt im Klinikum für Urologie zur ESWL (extrakorporale Stosswellenlithotripsie – Zertrümmerung von Konkrementen in Hohlorganen)
- 26. 05. 1998 – 10. 06. 1998
- Wiederaufnahme im Klinikum für Urologie zur ESWL und Einlage eines Doppel – J – Katheters
(mäßiger Allgemeinzustand und körperlicher Zustand; zeitlich nicht und räumlich teilweise orientiert)
- 17. 08. 1998 – 28. 08. 1998
- erneuter Aufenthalt im Klinikum für Urologie zur Weiterführung der ESWL und Entfernung des Doppel – J – Katheters
- 13. 01. 1999 – 21. 01. 1999
- Aufenthalt im Klinikum für innere Medizin wegen drastischer Gewichtsabnahme = Laborchemische Feststellung einer Hyperthyreose
(guter Allgemeinzustand; Patient ist verlangsamt, starre Mimik)
- 26. 01. 2000 – 08 .02. 2000
- Aufnahme in die Klinik für Neurologie, denn Frau U. wurde nicht ansprechbar, auf den Boden liegend, aufgefunden – Verdacht auf symptomatisches Anfallsleiden = Weiterführung der Exelon – Therapie (trotz fortgeschrittener Demenz), Auftreten eines Harninfekts (schon seit längerem Verwirrheitszustände und Desorientierung, die mit Antidementivum behandelt wurden – guter bis mäßiger Allgemeinzustand; Patientin ist psychomotorisch verlangsamt/ Störung des psychomotorischen Tempos; personell ist sie zum Teil orientiert, aber in den anderen Bereichen (situativ, örtlich, zeitlich) ist sie desorientiert, ausgeprägte Kurzzeitgedächtnisstörung)

2.5. Sozialanamnese

Von der Patientin selbst habe ich nur wenig erfahren, deshalb stammen die meisten Informationen von ihrer Tochter.

> Lebensgeschichte

Frau U. machte ihren Abschluss nach der 10. Klasse. Danach lernte sie Telefonistin im Briefverteileramt und arbeitet später sogar im Fernamt. 1951 ging sie den Bund der Ehe ein und gebar eine Tochter, die nun ihre Betreuerin ist und sie so oft wie möglich besucht. Ihr Mann verstarb 1991. 10 Tage vor seinem Tod wurde er in dieses Seniorenheim eingewiesen. 3 Jahre später kam Frau U. in dieses Heim.

> Soziales Umfeld

Die Mutter von Frau U. war Hausfrau und der Vater arbeitete bei der Eisenbahn. Beide wurden relativ alt – der Vater verstarb im Alter von 79 Jahren und die Mutter wurde 82 Jahre alt. Zur jüngeren Schwester besteht der Kontakt nur über die Tochter von Frau U., da sie weiter weg wohnt und auch wegen ihres Alters (ca. 70 Jahre) Frau U. sehr selten besuchen kann.

Dafür kommt die Tochter so oft wie möglich vorbei, bringt die Wäsche, geht mit ihr spazieren oder unterhält sich einfach mit ihr. Das Wochenende verbringt Frau U. meistens bei ihrer Tochter zu Hause.

Von ihren beiden Enkelkindern erhält sie wenig Besuch.

Früher hatte sie einen kleinen Freundeskreis. Aufgrund der Einweisung in das Seniorenheim brach der Kontakt zu den Freunden ab. Zu anderen Heimbewohnern hat Frau U. wenig Kontakt, da diese sie wegen ihrer Krankheit kaum akzeptieren. Mit einer anderen Patientin ist sie besonders oft zusammen. Diese bezeichnet sie als ihre „Kollegin“. Auch ihre „Kollegin“ ist Einzelgängerin (doch bei ihr liegt es an ihrem Verhalten anderen Menschen gegenüber – sie schupst sie herum oder möchte über sie bestimmen). Vermutlich ist Frau U. nur deshalb mit ihr zusammen und lässt sich alles gefallen, weil sie zu anderen Heimbewohnern kaum Kontakt hat.

> Hobbys, Interessen

Früher hat Frau U. gern gelesen und machte Handarbeiten. Diese Fähigkeiten sind durch die Krankheit verloren gegangen. Jetzt sitzt sie lieber im Zimmer vor ihrem Fernseher, geht auf dem Wohnbereich spazieren oder sitzt auf dem Flur herum. Werden Beschäftigungen angeboten ist sie jedoch meistens dabei.

2.6. Familienanamnese

Aus dem Gespräch mit der Tochter von Frau U. geht hervor, dass der Morbus Alzheimer nur bei der Mutter von Frau U., kurz vor ihrem Tod, auftrat.

Laut Aussage der Tochter begannen die Symptome bei Frau U. jedoch schon vor dem 60. Lebensjahr.

2.7. Eigenanamnese

Die Einschätzung der Patientin über sich selbst ist nicht möglich, da auch das Aufgabenverständnis beeinträchtigt ist. Trotzdem glaube ich, dass Frau U. sich in manchen Augenblicken ihrer Defizite bewusst ist und gerade dann deprimiert wird.

2.8. Fremdanamnese

Wie schon in der Krankheitsanamnese erwähnt begann die Erkrankung, laut Aussagen der Tochter, mit gesteigerter Vergesslichkeit. Starke Stimmungsschwankungen traten auf und die (psychische) Belastbarkeit nahm ab. Dies zeigte sich darin, dass Frau U. schon bei kleinen Aufgaben zu großen Druck auf sich ausübte und darunter dann zusammenbrach. Zum Beispiel bat ihre Tochter sie einmal die Handwerker in die Wohnung zu lassen, weil sie nicht da wäre. Frau U. willigte ein, doch sie machte sich so verrückt das sie Herzrasen bekam und ins Krankenhaus musste. So sprachen die Ärzte den Verdacht auf Morbus Alzheimer aus. Langsam stellten sich auch die anderen Symptome der Krankheit ein, wie Desorientierung und Verwirrheitszustände.

2.9. Therapien/ Beschäftigungsaktivitäten

Frau U. nimmt an der Ergotherapie teil und (seit März) auch an der Sozialtherapie. Die Ergotherapie beinhaltet die Arbeitstherapie (Montag, Mittwoch und Freitag von 8.45 Uhr – 10 Uhr), Bewegung/ Sport einzeln (3 x wöchentlich eine halbe Stunde) und in der Gruppe (1 x wöchentlich eine $\frac{3}{4}$ Stunde). Weiterhin nimmt sie am Singen/ Chor (1 x wöchentlich eine Stunde) und an der Tongruppe (alle 14 Tage) teil.

3. Ergotherapeutische Befunderhebung

3.1. äußeres/ körperliches Erscheinungsbild

Die Patientin ist ca. 70 Jahre alt. Sie hat eine normale Statur und Größe von ca. 1,60 m. Ihre Körperhaltung wirkt aufrecht, stolz und gerade zu steif. Bei ihrem ständigen Bewegungsdrang zeigt sich ein langsamer, schlurfender Gang, der kraftlos und unsicher scheint. Frau U. hat beim Gehen, sowie auch beim Sitzen, ihre Hände immer vor dem Bauch gefaltet.

Das Gesicht ist oval und weist einige altersbedingte Falten auf. Manchmal hat ihr Gesicht einen leicht gelblichen Teint, was wahrscheinlich an ihrer geschädigten Leber liegt. Sonst ist ihre Haut blass (leicht grau) und normal trocken.

Ihre Haare sind kurz, kraus gelockt und haben eine weiß - graue Farbe. Die Augenbrauen sind überwiegend grau mit vereinzelt weißen Härchen. Frau U. hat einen starren, beobachtenden Blick und ihre Augenfarbe ist blau (mit einem kleinen Anteil braun). Zum Lesen trägt sie eine Brille. Der Mund und die Ohren haben eine normale Größe, wobei die Nase schmal ist und eine leichte Hakenform aufweist. Ansonsten besitzt Frau U. noch eine komplette Zahnprothese.

Die Körperproportionen sind bei der Patientin fast normal. Es zeigen sich deutliche Flüssigkeitsansammlungen in den Händen und vor allem im Bauchbereich. Das liegt an der sehr geschädigten Niere von Frau U.. Des Weiteren hat sie ein Hohlkreuz und läuft deshalb nie mit geradem Rücken. Auch beim Sitzen muss ständig darauf geachtet werden, dass Frau U. richtig hinten an die Stuhllehne rutscht, um so gerade zu sitzen.

Bei der Körperpflege (wie z.B. Baden/ Duschen, Waschen / Teilwaschen, Augen - , Ohren - , Mund - , Zahnpflege, Kämmen) ist Frau U. nur teilweise selbstständig. Sie lässt sich mit Hilfe zur Körperpflege animieren. Trotzdem riecht sie manchmal leicht nach Schweiß oder Urin. Mundgeruch konnte noch nicht festgestellt werden.

Bei der Kleidung achtet sie nicht auf die Zusammenstellung, Ordentlichkeit, Sauberkeit oder Trockenheit. Wenn sie animiert wird wählt Frau U. die Kleidung selbst aus, kleidet sich teilweise an und aus. Sie trägt immer Röcke und Pullover oder Blusen.

Die Mimik von Frau U. ist starr und in sich ruhend. Die Gestik ist unbewegt und in sich gekehrt.

Beim Sprechen verhaspelt sie sich schnell, spricht leise und nuschelt manchmal.

Äußerlich wirkt Frau U. sehr unruhig, durch ihre ständige Bewegung (typisch für das Krankheitsbild). Innerlich scheint sie die Ruhe in Person zu sein. Dies zeigt sich besonders darin, dass sie alle Dinge langsam und in Ruhe tut.

3.2. motorisch – funktioneller Befund

> Bewegungen/ Bewegungsabläufe

- beim Gehen/ Laufen	Frau U. läuft selbständig, aber langsam, vorsichtig, unsicher, kleinschrittig, kraftlos und schlurfend; sie hat ihre Hände vor dem Bauch gefaltet; die Schultern hängen nach unten; Rücken ist nicht gerade (Hohlkreuz)
-------------------------	--

- beim Stehen	Frau U. steht selbstständig und hat die gleiche Körperhaltung wie beim Gehen/ Laufen; auch die Schultern hängen herab; die Hände sind vor dem Bauch gefaltet, außer sie hält etwas in der Hand; dabei beobachtet sie ihre Umgebung sehr genau
- beim Hinsetzen	Frau U. geht beim Hinsetzen leicht in die Hocke; sie hält sich dabei an den Stuhllehnen fest – wenn vorhanden- ansonsten streckt sie einen Arm nach hinten; dann lässt sie sich auf den Stuhl fallen
- beim Sitzen	Frau U. sitzt nie gerade (sie sitzt meisten auf dem vorderen Teil des Stuhles und lehnt sich dann an – soweit eine Rückenlehne vorhanden ist)[deshalb muss ihre Sitzhaltung ständig korrigiert werden, d.h. Frau U. muss darauf hingewiesen werden mit dem Po richtig an die Rückenlehne zu rutschen]; die Hände sind vor dem Bauch gefaltet; die Schultern hängen nach unten; Frau U. kann nicht lange still sitzen, sie bewegt sich entweder nach vorne und lehnt sich dann wieder an oder sie bewegt beim Einatmen den Kopf nach hinten und wieder nach vorne; auch beim Sitzen beobachtet sie ihre Umgebung sehr genau
- beim Aufstehen	Frau U. lehnt sich vor dem Aufstehen meistens nach vorne, stützt sich mit den Händen ab und holt kräftig Schwung; aus der leichten Hocke richtet sie sich auf

> Grobmotorik

Die Messung der Grobmotorik wurde nach der Neutral – Null Methode, mit einem Goniometer, durchgeführt.

	sinister	dexter
Anteversion Humerus	91°	70°
Retroversion Humerus	keine Störung	keine Störung
Abduktion Humerus	61°	61°
Adduktion Humerus	keine Störung	keine Störung
Innenrotation Humerus (Schürzengriff)	keine Störung	keine Störung
Außenrotation Humerus (Nackengriff)	keine Störung	keine Störung
Supination/ Pronation	keine Störung	keine Störung
Flexion Cubiti	keine Störung	keine Störung
Extension Cubiti	keine Störung	keine Störung
Dorsalflexion Manus	keine Störung	keine Störung
Dorsalextension Manus	keine Störung	keine Störung

> Feinmotorik

	sinister	dexter
Flexion Phalangen	keine Störung	keine Störung
Faustschluss	total möglich	total möglich
Opposition	möglich	möglich

> Kraft und Kraftdosierung

Frau U. hat genügend Kraft, die sie aber oft nicht richtig einsetzt. Das zeigt sich z.B. darin, dass sie bei der Aufforderung den Stuhl an einen anderen Platz zu stellen, den Stuhl hinter sich her zieht/ schiebt, anstatt ihn zu tragen. Sie muss also dazu animiert werden, ihre Kraft richtig einzusetzen. Deshalb schiebt sie z.B. beim Spaziergang den Rollstuhl. Auch in den Therapieeinheiten führen wir Übungen zur Kräftigung der Muskulatur durch.

> Koordination

Hand – Hand - keine Störung
 Hand – Auge - keine Störung
 Hand – Arm – Bein - keine Störung

> Präferenzdominanz

Frau U. ist Rechtshänderin.

> physische Belastbarkeit

Frau U. ist physisch für kleinere Arbeiten belastbar. Sie kann z.B. Gegenstände heben/ tragen, die auch etwas schwerer sind, einen Patienten im Rollstuhl über längere Strecken schieben und in der Bewegungsrunde physisch belastet werden. Das heißt sie kann alle Übungen, die in der Bewegungsrunde durchgeführt werden, ohne größere Pausen mitmachen.

3.3. perceptiver Befund

> Sensibilität

Oberflächensensibilität	sinister	dexter
Schmerz (Zwicken)	keine Störung	keine Störung
Temperatur (warm/ kalt)	keine Störung	keine Störung
Berührung	keine Störung	keine Störung
Spitz/ Stumpf (Stecknadel)	Aufgabe zu komplex	Aufgabe zu komplex
Diskrimination (1 oder 2 Punkte)	Aufgabe zu komplex	Aufgabe zu komplex
Hautschrift (Buchstaben auf Haut schreiben)	Aufgabe zu komplex	Aufgabe zu komplex

Tiefensensibilität	sinister	dexter
Finger – Nase (Augen zu)	keine Störung	keine Störung
Finger – Finger (Augen zu)	keine Störung	keine Störung
Finger – Hand (Augen zu)	keine Störung	keine Störung

<i>Placing</i>		
Obere Extremität	keine Störung	keine Störung
Schultergelenk	keine Störung	keine Störung
Ellenbogengelenk	keine Störung	keine Störung
Handgelenk	keine Störung	keine Störung
Phalangen	keine Störung	keine Störung
Rumpf	keine Störung	keine Störung

> Sinneswahrnehmung

Sehen:	mäßige Störung (altersbedingte Sehschwäche – Lesebrille, benutzt die Patientin so gut wie gar nicht)
Hören:	mäßige Störung (lautes reden versteht Frau U.)
Riechen:	mäßige Störung (starke Gerüche nimmt Frau U. wahr)
Schmecken:	keine Störung

> Orientierung

zur Person:	zum Teil eingeschränkt (Frau U. kann einige Angaben zur eigenen Person machen. Sie weiß z.B. wer sie ist und wann sie Geburtstag hat – andere Personen kennt sie kaum)
zur Zeit:	eingeschränkt
zum Ort:	eingeschränkt
zur Situation:	eingeschränkt

3.4. kognitiver Befund

> Beherrschung der Kulturtechniken

Rechnen:	keine Störung
Schreiben:	keine Störung
Lesen:	keine Störung

Logisches Denken: starke Störung [bei großen und komplexen Aufgaben, aber auch bei kleineren Aufgaben]

(Die Störung zeigte sich z.B. beim Test der Oberflächensensibilität. Bei den Aufgabenstellungen: „Sagen sie mir bitte ob sie die spitze oder stumpfe Seite der Stecknadel spüren!“, „Spüren sie 1 oder 2 Druckpunkte?“ und „Welchen Buchstaben schreibe ich auf ihrer Haut?“ waren die Aufgaben zu komplex.)

> Kurz – und Langzeitgedächtnis

Das Langzeitgedächtnis von Frau U. weist eine leichte Störung auf. Dies zeigt sich vor allem darin, dass sie manche Dinge aus ihrer Vergangenheit nicht mehr weiß.

Ihr Kurzzeitgedächtnis ist stark eingeschränkt. Bei längerem Durchgehen einer Reihenfolge von Bildern, wie z.B. Kirsche, Uhr, Uhr, Kirsche kann sie sich die Reihenfolge länger als 2 Minuten merken. Ansonsten vergisst sie das meiste sehr schnell (bereits nach einigen Sekunden).

> Aufgabenverständnis

Frau U. versteht leichte Aufgaben (wie z.B. „Decken sie bitte den Tisch!“, „Legen sie bitte neben jedes Messer eine Gabel!“, „Schieben sie bitte den Sessel in Richtung Tür!“, usw.), fragt jedoch oft nach. Es ist besser ihr jeden Arbeitsschritt einzeln zu erklären und ihn öfters zu wiederholen. Oft müssen ihr Dinge gezeigt werden, damit sie diese richtig ausführen kann. Des weiteren ist es wichtig kurze einfache Sätze zu verwenden, die leicht verständlich sind.

> Grundarbeitsfähigkeiten

Konzentration: schwach
 Ausdauer: gering
 Aufmerksamkeit: gering
 Initiative: gering
 (abhängig vom Wohlbefinden der Patientin)

> Sprache – und Sprachverständnis

Frau U. spricht verständlich und fließend Deutsch. Manchmal redet sie zu leise und zu schnell. Dadurch verhaspelt sie sich. Ihr Sprachverständnis ist in Ordnung. Für Frau U. sind kurze einfache Sätze am Verständlichsten.

> Lerneinstellung/ Lernhaltung

Die Aufgaben, die Frau U. gestellt werden, erfüllt sie gut. Dabei muss auf die richtige Ausführung/ Ordentlichkeit dieser Aufgaben geachtet werden. Das heißt, dass Frau U. eine gute Lerneinstellung/ Lernhaltung besitzt, aber ihre Lernfähigkeit, aufgrund der Krankheit, beeinträchtigt ist.

3.5. psychischer Befund

> Verhaltensauffälligkeiten

Frau U. verhält sich stets sehr ruhig und unauffällig.

> Stimmungslage

Die Stimmung von Frau U. ist meistens getrübt (depressiv). Dieser Eindruck wird durch ihre starre Mimik vermittelt. Gute Stimmung ist an ihrem Lächeln und am freudigen Erzählen erkennbar.

> Antrieb/ Motivation

Frau U. zeigt keine Eigeninitiative. Sie weiß oft nicht, wie sie sich alleine beschäftigen kann.. Bittet man sie um Hilfe ist sie sofort motiviert.

> Selbstvertrauen/ Selbstbewusstsein

Frau U. besitzt wenig Selbstvertrauen/ Selbstbewusstsein. Sie traut sich manche Dinge nicht zu, obwohl sie es noch nicht versucht hatte. Auch in Gesprächen bringt sie oft nicht genügend Selbstbewusstsein auf, um auf andere zuzugehen.

> Frustrationstoleranz

Frau U. hat eine unendliche Geduld. Sie lässt sich nicht reizen und rastet auch nicht aus.

> Affekte/ Affektlabilität

Gefühle zeigt Frau U. selten (so gut wie gar nicht). Wenn es ihr gut geht und sie um Hilfe gebeten wird äußert sie Freude durch ein Lächeln, Worte und Umarmungen. Andere Gefühle zeigt sie nicht.

> Angst und Aggression

Genauso ist es auch mit Aggressionen. Die Tochter von Frau U. meinte, dass sie noch nie Aggressionen zeigte.

Angst zeigt sich bei ihr durch anklammern und Fragen, wie z.B. „Nehmen sie mich mit/ Kommen sie auch mit?“. Sie hat also Angst allein gelassen zu werden.

> Kontakt – und Kommunikationsfähigkeit

Frau U. ist sehr gesellig. Sie befindet sich gern in Gemeinschaft und lächelt dann meistens. Dabei kommuniziert sie sehr wenig (nur wenn sie dazu animiert/ gefragt wird), obwohl sie dazu in der Lage ist.

> Durchsetzungsvermögen

Durchsetzungsvermögen hat die Patientin nicht. Dies äußert sich darin, dass sie sich von den Heimbewohnern, besonders von ihrer sogenannten „Kollegin“, rumschubsen und drangsalieren lässt.

> Entscheidungsfähigkeit

In kleinen Dingen, wie z.B. wenn es darum geht beim Essen zwischen 2 Gerichten auszuwählen, ist Frau U. fähig sich zu entscheiden.

Größere Entscheidungen werden ihr abgenommen. Wenn es z.B. um Finanzen geht oder um ihre Versorgung müssen die Entscheidungen von der Tochter oder dem Pflegepersonal getroffen werden.

> Persönlichkeitsstruktur

Frau U. ist hilfsbereit, ruhig, wehleidig, manchmal auch erzählfreudig und liebevoll. Sie wirkt oft auch depressiv. Die Patientin freut sich, wenn man sie um Hilfe bittet oder einfach bei ihr ist. Dies äußert sie dann durch Worte und Umarmungen.

3.6. lebenspraktischer Befund

Körperpflege:	mit Hilfe (Frau U. muss animiert werden)
Einnahme der Mahlzeiten:	selbständig
Zubereitung der Mahlzeiten:	mit Hilfe
An – und auskleiden:	mit Hilfe (Frau U. muss animiert werden)
Toilettengang:	mit Hilfe (Animation zum Toilettengang, Richten der Kleidung und Wechseln der Versorgungsartikel)
Ordnung/ Sauberkeit im Zimmer/ Arbeitsplatz:	selbständig/ mit Hilfe (Frau U. hat ihre eigene Ordnung/ zur Sauberkeit muss sie meistens animiert werden)
Hobbys, Freizeitgestaltung:	unselbständig
Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel/ Straßenverkehr:	unselbständig
Umgang mit Finanzen:	unselbständig
Ämter – und Behördengänge:	unselbständig
gesetzlich festgelegter Vertreter:	Tochter

3.7. Befundbewertung

Die größten Defizite befinden sich bei Frau U. im ADL -, psychischen und kognitiven Bereich.

Es besteht ein Selbstversorgungsdefizit im ADL – Bereich, da sie die meisten Dinge nur mit Hilfe und Animation erledigen kann.

Im weiteren befinden sich die Defizite bei ihr im Bereich des Selbstvertrauens/ Selbstbewusstseins, Eigenmotivation/ Antrieb und im Durchsetzungsvermögen anderen gegenüber.

Ihr Kurzzeitgedächtnis ist sehr beeinträchtigt – wobei ihr Langzeitgedächtnis noch relativ gut funktioniert. Auch bei der Konzentration, Ausdauer und Aufmerksamkeit zeigen sich Defizite.

4. Behandlungsplan

4.1. Behandlungsrichtlinien

Bei Frau U. ist es wichtig sie immer wieder zu animieren sich in eine Gruppe zu integrieren, eine Arbeit anzufangen, weiterzumachen oder zu beenden. Dazu bedarf es einer einfachen Aufgabenstellung mit kurzen einfachen Sätzen, die immer wieder erklärt werden muss, da die Patientin solche Dinge schnell vergisst. Außerdem ist es wichtig Geduld aufzubringen, denn bei Fragen, wie z.B. „Was muss jetzt gemacht werden um die Tätigkeit fortzuführen?“, benötigt sie oft lange Zeit zum Überlegen. Die Frage muss deshalb öfters wiederholt und es müssen Denkanstöße gegeben werden.

Wenn Frau U. auf einem Stuhl sitzt muss auf ihre Sitzhaltung geachtet werden, d.h. sie muss darauf hingewiesen werden mit dem Po richtig an die Rückenlehne des Stuhls zu rutschen. Weiterhin ist es wichtig in der Therapie für Ruhe und Harmonie zu sorgen.

4.2. Behandlungsziele

Rehabilitationsziel	Grobziel	Feinziel
Förderung und Erhaltung der größtmöglichen Selbständigkeit	<ul style="list-style-type: none"> - Erhaltung der Beweglichkeit - Erhaltung/ Förderung der kognitiven Fähigkeiten - Förderung/ Erhaltung der sozialen Fähigkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> - Erhaltung des Bewegungsausmaßes des Schulter -, Ellenbogen – und Handgelenks, sowie der Phalangen und des Rumpfes - Verbesserung des Bewegungsausmaßes bei Anteversion und Abduktion des Humerus - Erhaltung des Kurz – und Langzeitgedächtnisses - Erhaltung der Oberflächen – und Tiefensensibilität - Erhaltung der Orientierung - Erhaltung der Kommunikations - fähigkeit - Kontakt zur Außenwelt und zu anderen Heimbewohnern knüpfen/ erhalten - Selbstbewusstsein schaffen/ stärken

4.3. Behandlungsverfahren

Behandlungsverfahren:	psychosozial/ neuropsychologisch
Behandlungsmethode:	interaktionell
Sozialform:	Gruppentherapie
Thema:	Ostern
Medium:	Ostergegenstände/ Memory - Karten

4.4. Arbeitsplatzgestaltung

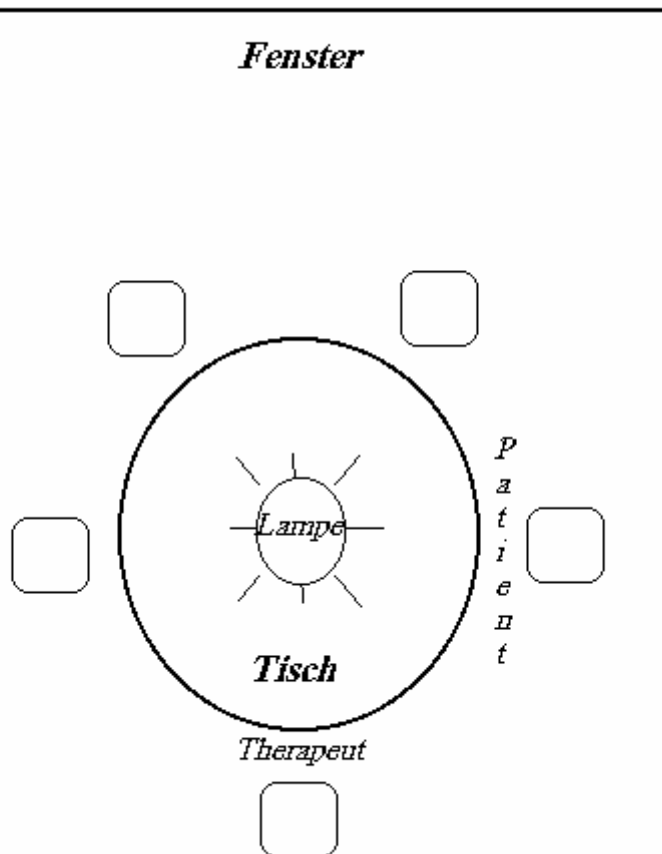
> Räumlichkeit:

Raum 248 liegt in der 2. Etage (im 2. Wohnbereich) und ist der Clubraum dieser Station mit ca. 40 m².

Um in diesen Raum zu gelangen muss eine Tür nach rechts außen geöffnet werden. Der Raum ist durch einen 20 x 20 cm breiten Raumteiler, an den Seitenwänden und der Decke, in 2 Hälften geteilt. In der ersten Raumhälfte befindet sich die Tür. Steht man in der Tür befindet sich gerade zu ein Fenster (Breite: ca. 2 m Höhe: ca. 1,2 m), in der ersten Raumhälfte. Rechts daneben befindet sich das zweite Fenster, in der zweiten Raumhälfte. Der Lichteinfall ist ausreichend, wird aber durch das neue Gebäude, das daneben steht, und durch ein in der Nähe befindliches Hochhaus, leicht behindert. Weiteren Lichtquellen sind jeweils in der Mitte einer jeden Raumhälfte zu finden und zusätzlich noch eine an der vorderen Wand des Raumteilers. Direkt neben der Tür befindet sich ein leeres Gehäuse und 2 nebeneinander liegende Lichtschalter. In der linken Ecke steht vor einem großen Karton ein Sessel. Neben dem Karton befinden sich 2 große Schränke, in denen sich Dekorationsmaterialien, Spiele, usw. befinden. Neben den Schränken, in der linken oberen Ecke, steht wieder ein Sessel. Dieser befindet sich neben dem Fenster. Unter dem Fenster befindet sich ein Heizkörper, daneben ein kleiner Beistelltisch, eine Stehlampe und eine große Pflanze. In dem hinteren Teil der ersten Raumhälfte, zum Fenster hin, steht ein sechseckiger Tisch mit 6 Stühlen. Rechts, von der Tür aus gesehen, steht ein Stuhl. Neben dem Raumteiler, in der zweiten Raumhälfte, befindet sich ein Waschbecken. Daneben steht ein dunkelbrauner Zweisitzer und in der rechten Ecke eine Eckvitrine. Vor dem Zweisitzer steht ein kleiner Tisch mit 3 Stühlen. Dieser wird meistens neben die Eckvitrine geschoben, um mehr Platz zu bekommen. Neben dem kleinen Tisch befindet sich ein Klavier mit Hocker. Daneben stehen 3 Kommoden, die vor die rechte obere Ecke gestellt wurden. Auf diesen 3 Kommode und auf den Fensterbrettern sind zahlreiche Pflanzen zu finden (die ein bisschen Leben in den Raum bringen).

>Arbeitsplatz

Skizze:



Fläche des Arbeitsplatzes:

Tischhöhe: 47 cm

Tischbreite: 1 m

Sitzhöhe: Frau U.:

45 cm (Rückenlehne ist durch Decke um ca. 1,3 cm verstärkt, um die Sitzhaltung von Frau U. zu korrigieren)

weitere 3 Teilnehmer:

verschiedene Stühle der Höhe 40 – 50 cm

(können durch Sitzkissen um 4 cm erhöht werden)

Materialien:

Die Therapieeinheit wird als Gedächtnisrunde durchgeführt und das Thema ist Ostern. Deshalb verwende ich einige Ostergegenstände (Osterhase, Küken, Ostereier, Nest, Osterglocke) und ein Oster – Memory – Spiel mit 12 Karten (6 Paaren), dass ich selbst angefertigt habe.

>Arbeitsschutz - /Unfallverhütung

Um Unfälle zu vermeiden, dürfen keine Gegenstände im Weg stehen/ liegen. Außerdem muss der Raum genügend beleuchtet werden.

Falls trotzdem etwas passieren sollte, befindet sich das Dienstzimmer des Pflegepersonals (= Erste – Hilfe Kasten) in der Nähe.

4.5. arbeitstherapeutische Aspekte

Für die Therapie ist es wichtig die Störfaktoren (z.B. Lärm, Belästigungen durch Personen, usw.) so gut wie möglich auszuschalten, da Frau U. sich zu leicht ablenken lässt. Der Baulärm, der durch das neue Gebäude nebenan verursacht wird, ist jedoch unvermeidbar. Die Lichtverhältnisse sind für einen Menschen mit normalen Sehvermögen ausreichend. Für Menschen mit beeinträchtigtem oder geschädigtem Sehvermögen ist es jedoch besser zusätzliche Lichtquellen einzuschalten.

Vorhandene Voraussetzung des Patienten für die Therapie:

- Grobmotorik
- Feinmotorik
- Koordination
- Kurz – und Langzeitgedächtnis

Anforderungen an den Patienten:

- Kontakt – und Kommunikationsfähigkeit, um in Interaktion mit den Teilnehmern zu treten
(Sprache, Sprachverständnis, Wahrnehmung, ...)
- Selbstbewusstsein/ Selbstvertrauen
- Konzentration und Ausdauer
- Aufgaben -/ Arbeitsverständnis
- Entscheidungsfähigkeit
- Durchsetzungsvermögen
- Selbst – und Fremdwahrnehmung
- Nutzung des Kurz – und Langzeitgedächtnis

Die Lern – und Leistungsfähigkeit von Frau U. ist gering. Konzentration, Ausdauer, Selbständigkeit und Kritikfähigkeit sind eingeschränkt.

Ihre Konzentration und Ausdauer hängen aber auch vom Wohlbefinden ab. Zur Selbständigkeit muss Frau U. oft animiert werden.

Um bei Frau U. die Grundarbeitsfähigkeiten zu erhalten, ist es nötig sie zu motivieren, animieren und ihr Interesse zu wecken. Das erreiche ich durch die Integration in eine Gruppe, die sie akzeptiert und sie durch Fragen herausfordert. Durch die Akzeptanz der Gruppe steigert sich ihr Selbstwertgefühl (= sie öffnet sich).

4.6. Planung der Therapieeinheit

Datum: 16. 04. 2003

Uhrzeit: 10 – 11 Uhr

Ort: ASB Seniorenheim gGmbH
Gubener Strasse 2
15230 Frankfurt (Oder)

Feinziel: - soziale Integration in eine Gruppe und Wohlbefinden des Patienten
- Aktivierung des Kurzzeitgedächtnisses und des
Langzeitgedächtnisses, der
Konzentrationsfähigkeit und der Aufmerksamkeit

Thema: Ostern

Ablaufplan:

Phasen/ Zeit	Inhalt/ Methoden	Begründung/ Bemerkung Patient – Therapeuten Verhalten
Einstiegsphase (5 min)	>Begrüßung der Patienten >Befragung nach Befindlichkeit >Vorstellen der Gäste >kurze Gespräche >Frage: „, Welches Datum/ Wochentag haben wir heute?“ >Einführung in die Thematik	>Höflichkeit >Überblick ob Therapie durchführbar >miteinander bekannt machen = Entwicklung eines Vertrauensverhältnisses >Orientierung geben >Interesse wecken
Durchführungsphase (insgesamt 50 min) (20 min)	>Durchführung der Gesprächsrunde <ul style="list-style-type: none"> - Frage: „,Feiern sie gerne Ostern?“ - Text: „, Warum wir das Osterfest so lieben ...“ - Frage: „, Wissen sie was wir mit Ostern feiern?“ - Ostergeschichte vorlesen - Frage: „, Welche Speisen/ Bräuche gab es bei ihnen an Ostern?“ - Frage: „, Welche Ostervorbereitungen wurden in ihrer Familie für Ostern getroffen?“ - Frage: „, Haben sie als Kind Ostereier gefärbt, wenn ja womit?“ - Frage: „, Wo wurden in ihrer Kindheit die Ostereier versteckt oder wo haben sie die Ostereier für ihre Kinder versteckt?“ 	<ul style="list-style-type: none"> - Patient hört zu/ Therapeut schaut beim Vorlesen öfter mal hoch - Überprüfung des Wissensstandes zum Thema - Therapeut schaut öfter mal hoch - Aktivierung des Langzeitgedächtnisses / Therapeut fragt jeden persönlich

	<ul style="list-style-type: none"> - Frage: „Worauf haben sie sich als Kind an Ostern am meisten gefreut?“ - Frage: „Welche Begriffe verbinden sie mit Ostern?“ <p>(10 min) >Ostergegenstände merken, abdecken und aufzählen lassen (mit 2 Gegenstände beginnen und anschließend steigern)</p> <p>(20 min) >Durchführung des Memory – Spiels</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erklärung der Spielregeln - Erkennung der Bilder - Karten von einem Teilnehmer mischen und richtig hinlegen lassen - Beginn des Spiels mit 3 Karten - Steigerung um jeweils 1 Karte/ 1 Paar 	<ul style="list-style-type: none"> - Denkanstöße durch Ostergegenstände geben (Osterhase, Küken, Ostereier, Nest, Osterglocke) - jeden Teilnehmer Gegenstände aufzählen lassen - weiß ein Teilnehmer nicht weiter Gruppe um Mithilfe bitten (Gruppenzusammenhalt fördern) - Nachfragen ob jeder Teilnehmer Spiel verstanden hat - Förderung der Selbständigkeit - Aufbau der Konzentration und des Kurzzeitgedächtnisses - Erhöhung der Konzentration, des Kurzzeitgedächtnisses und der Aufmerksamkeit
Abschlussphase (5 min)	<p>>Patienten fragen wie es ihnen gefallen hat</p> <p>>Therapeut schätzt Patienten ein</p> <p>>Patient räumt Karten ein</p> <p>>Bedanken</p> <p>>Hinweise auf nächste Therapie/ folgende Veranstaltungen</p> <p>>Verabschiedung</p>	<p>> Patienten lernen realistisch einzuschätzen</p> <p>>positive Einschätzung – stärkt Selbstvertrauen des Patienten</p> <p>>Förderung der Selbständigkeit</p> <p>>Höflichkeit</p> <p>>Orientierung geben und Interesse wecken</p>

4.7. Vorschläge zur weiteren Behandlung

Frau U. nimmt gerne an Beschäftigungsangeboten teil. Deshalb sollte die Ergotherapie und vor allem die Sozialtherapie beibehalten werden. Außerdem sollte sie auch weiterhin am Singen/ Chor und an der Tongruppe teilnehmen.

5. Prognose

Frau U. wird für immer in einem Heim bleiben. Auch das Fortschreiten der Krankheit ist nicht aufzuhalten. Soweit die Therapien und Beschäftigungen (sowie die Animation zum selbständigen Tischdecken, Geschirr abräumen, abwaschen, ...) weiter durchgeführt werden, wäre es möglich, dass ihre Selbständigkeit zum größten Teil erhalten bleibt. Es ist zu bezweifeln, dass sich die Selbständigkeit von Frau U. verbessern wird, und sie auch ohne Animation Tätigkeiten selbst übernimmt.

6. Reflexion

Die ersten beiden Wochen meines Praktikums ging ich mit der Ergotherapeutin zu den behandelnden Patienten mit. Zuvor erklärte sie mir an welcher Krankheit der Patient litt und demonstrierte mir dann ihre Behandlung. Das fand ich sehr interessant und zeigte mir noch einmal, dass dies ein Beruf ist der mir sicherlich Spaß machen wird. In der Arbeitstherapie sagte mir die Ergotherapeutin was ich mit welchem Patienten zusammen machen kann. Des weiteren durfte ich dann auch, unter der Anleitung von Frau Höhne, Therapien übernehmen. Ab der 3. Woche bekam ich meinen ersten Plan, da Frau Höhne zu dieser Zeit Urlaub machte, und somit meine ersten Patienten, bei denen ich Einzeltherapien durchführte. Außerdem konnte ich verschiedenen Gruppenstunden der einzelnen Therapeuten beiwohnen. Diese Woche machte ich meine ersten Erfahrungen in Einzelgesprächen. Nach kleineren Startschwierigkeiten (die, glaube ich, normal sind, weil man zuerst eine Beziehung zu den Patienten aufbauen muss) gelang mir dies ganz gut. Auch die Arbeitstherapie, für die noch eine Praktikantin und ich, während dieser Zeit, verantwortlich waren, gelang meiner Meinung nach gut. Wir sprachen uns vorher ab welcher Patient was machen könnte und überlegten uns wer wo sitzt, um kleinere Unstimmigkeiten zu vermeiden.

Mittlerweile wurden mir immer mehr Aufgaben zugeteilt. So hatte ich einige Patienten einzeln zu betreuen und konnte dann auch einige Gruppenstunden durchführen (wie z.B. Bewegungsrunden, Gedächtnisrunden, Kaffeerrunden, Kegeln).

Außerdem wurde ich gut ins Therapeuten - Team und von den Patienten aufgenommen.

Die meiste Zeit hielt ich mich in meinen Therapieeinheiten daran, wie Frau Höhne mir die Übungen vorgemacht hatte. Bei manchen Patienten überlegte ich mir eigene Übungen, die sowohl angenehm, als auch effektiv sein sollten.

Durch meinen eigenen Plan konnte ich mir meine Patienten selbst einteilen.

Trotzdem war die Zeit oft viel zu knapp, um sich allen Bewohnern, die eingeplant waren, zu widmen.

Auch das Ausgestalten des Faschings – , Frühlings – und Osterfestes machte großen Spaß. Alles in allem habe ich viel gelernt und viel Freude bei der Arbeit mit dem Patienten gehabt. Dass was mir gefehlt hat, war die Betreuung durch die Schule. Zur Sichtstunde wäre es schön gewesen einen Lehrer meiner Schule dabei zu haben. So hätte ich genau gewusst, welche Anforderungen die Schule stellt und was ich gut gemacht habe bzw. besser machen kann.

7. Quellennachweis

Konzeptionshefter des ASB

Krankenakte des Patienten

Pschyrembel 259. Auflage – Klinisches Wörterbuch

Beipackzettel der Medikamente

Alzheimer – Krankheit – Sie sind nicht allein – Deutsche Alzheimer Gesellschaft

Ergotherapie Grundlagen und Techniken – Presber de Neve

Schulhefter Fachsprache – Frau Hörig

8. Anhang

Memory – Spiel