

LEITFADEN ZUR BEHANDLUNG VON GEDÄCHTNISSTÖRUNGEN

Personen, die aufgrund eines Hirnschlags an Gedächtnisproblemen leiden, werden oft für «Kognitives Training» oder «Hirnleistungstraining» in der Ergotherapie angemeldet. Die Patient*innen erwarten ein Training, das die (vollständige) Restitution der Hirnfunktion zum Ziel hat. Die ganzheitliche Befunderhebung der Ergotherapie mit dem Fokus auf bedeutungsvolle Tätigkeiten im alltäglichen Kontext sowie die Evaluation von Kompensationsmöglichkeiten und Strategien stossen daher oftmals auf Ablehnung. Die Erstautorin Lorenza Haupt hat darum in ihrem Masterprojekt 2024 einen Leitfaden erarbeitet, um Ergotherapeut*innen bei der evidenzbasierten Auswahl und Begründung bei der Befunderhebung und Behandlung unter Berücksichtigung des Schweregrads der Gedächtnisstörung zu unterstützen.



Lorenza Haupt

Erstautorin, Ergotherapeutin MAS,
Fachbereich Geriatrie, Alterszentren Stadt
Winterthur

lorenzahaupt@hotmail.com



Andrea Weise

Ergotherapeutin MSc,
Domiziltherapien Ergotherapie Impulse,
Forscherin Labor für Rehabilitations-
forschung (2rLab) der SUPSI

andrea.weise@ergotherapie-impulse.ch

Aus praktischer Erfahrung heraus entstand bei der Erstautorin der Wunsch, Patient*innen bereits zu Beginn der Behandlung aufzeigen zu können, welche Behandlungsmassnahmen in der Ergotherapie mit welchem Evidenzgrad angewendet werden. Zu diesem Zweck hat sie eine Übersicht in Form eines Leitfadens erarbeitet. Anhand eines Fokusgruppeninterviews im Ergotherapie-Team zeigte sich, dass der Bedarf für eine Übersicht der Evidenz zu Befunderhebung und Behandlungsmassnahmen beim gesamten Team bestand. Gefordert wurden aber auch konkrete und umsetzbare Empfehlungen für den Berufsalltag.

Literaturrecherche

Eine systematische Literaturrecherche in den gängigen Datenbanken wie PubMed und Ovid EmCare im Oktober 2023 zeigte auf, dass durch Ergotherapie bei Personen mit Gedächtnisstörungen aufgrund eines Hirnschlags kurzzeitig signifikante, subjektive Verbesserungen, aber keine längerfristigen, objektiven erreicht wurden (Das Nair et al., 2016). Zudem konnte kein ausreichender Übertrag auf andere kognitive Bereiche oder relevante Lebensbereiche wie IADL und Partizipation nachgewiesen werden. Die Wirksamkeit von Ergotherapie bei Personen mit Gedächtnisstörungen nach einem Hirnschlag wurde als noch gering beurteilt (Gibson et al., 2022). Daraufhin wurde die Literatursuche auf Leitlinien ausgeweitet, um zumindest den aktuellen Stand der Best Practice sowie Expert*innenmeinungen aufzeigen zu können. Anhand von Ein- und Ausschlusskriterien konnten letztendlich fünf Leitlinien bei der Erarbeitung des Leitfadens berücksichtigt werden, die Ergotherapie beinhalten oder von/mit Ergotherapeut*innen entwickelt wurden.

Empfehlungen für den ergotherapeutischen Prozess

Die Empfehlungen der fünf Leitlinien wurden von der Autorin evaluiert, zusammengefasst und übersichtlich in dem ergotherapeutischen Prozess des Ergotherapie-Verbandes Schweiz (2017) integriert dargestellt. Soweit vorhanden hat die Autorin mit relevanten Studien ergänzt und Expert*innenmeinungen eingeholt. Der Leitfaden wurde mit praktischen Listen mit u.a. empfohlenen Screenings und Assessments ergänzt (s. Dokumente zum Download S. 8). Nachfolgend eine Zusammenfassung der wichtigsten Empfehlungen aus dem «Leitfaden für Ergotherapie bei Personen mit Gedächtnisstörungen aufgrund eines Hirnschlags».

1. Befunderhebung: Evaluation Screening

- Bei der Befunderhebung sollten Komorbiditäten und Begleitumstände berücksichtigt bzw. abgeklärt werden: Die Krankheitsgeschichte und Kognition vor dem Hirnschlag, mit Hilfe von Angehörigen; Einschränkungen der Kommunikation und sensomotorische Defizite (Sprache, Sprechen, Visus, Gehör).
- Neuropsychiatrische Symptome sollten durch valide Screenings abgeklärt werden, z. B. bei Verdacht auf Post-Stroke-Depression, Post-Stroke-Delir oder Post-Stroke-Fatigue, sowie bei Apathie, Angst, Veränderung der Stimmung oder anderen Verhaltensänderungen. Resultate bzw. Beobachtungen an Ärzt*innen rückmelden für die Überweisung an passende Gesundheitsfachperson. Häufigkeiten dieser Symptome: siehe Box auf Seite 8.
- Ein kognitives Screening sollte bei allen Betroffenen bereits während der Akutphase anhand eines validen Tools, z. B. MOCA, durchgeführt worden sein. Dies berücksichtigen bzw. orientierend selbst durchführen. Bei Personen, bei denen erst später z. B. Gedächtnis-, Lern- und Merkschwierigkeiten auffallen, Screening veranlassen oder orientierend selbst (erneut) durchführen.
- Empfehlungen für den ergotherapeutischen Prozess.

2. Befunderhebung: Evaluation Assessment

- Ergotherapeutisches Assessment durchführen, das den Einfluss von Defiziten auf Leistungsfähigkeit und Sicherheit auf Betätigung (z. B. ADL, IADL, Beruf, Auto) untersucht, z. B. mit COPM und therapeutischen Beobachtungen.
- Risikoeinschätzung bezüglich bleibender kognitiver Einschränkungen bei Über-/Austritten erstellen und Betroffene, Angehörige und weiterbehandelndes multiprofessionelles Team über Einschränkungen und deren Auswirkungen auf Betätigung sowie die Behandlungsplanung informieren.
- Ergebnisse neuropsychologischer Abklärung bei Therapiezielen und -methoden berücksichtigen: leichte bis mittelgradige Gedächtnisstörungen (Abruf nach Intervall möglich) bzw. schwere Gedächtnisstörungen/Amnesie (Abruf nach Intervall nicht möglich). Therapieziele und -methoden auch nach Beeinträchtigung anderer kognitiver Funktionen, Awareness, persönlichen Zielen und Alltagsanforderungen ausrichten.

Häufigkeiten neuropsychiatrischer Symptome nach Hirnschlag

- Delir: Etwa jede*r vierte Betroffene nach einem Hirnschlag hat ein Delir. Insbesondere bei älteren Patient*innen ist die Dauer des Delirs ein positiver Vorhersagewert für kognitive Langzeitschäden (Alexander, 2013).
- Depression: 30% aller Schlaganfallüberlebenden entwickeln im Verlauf depressive Symptome (Lanctot, 2019).
- Apathie tritt bei ca. 35 Prozent der Betroffenen auf (Lanctot, 2019).
- Fatigue tritt bei ca. 50% der Betroffenen im Laufe der ersten 6 Jahren nach Hirnschlag auf (Cumming, 2016).

Häufigkeiten Hirnschlag und kognitive Einschränkungen

- In der Schweiz erleiden etwa 16 000 Personen pro Jahr einen Hirnschlag (Meyer, 2009).
- Kognitive Defizite treten bei über 70% auf (Pendlebury, 2019; Sexton, 2019).
- Gedächtnis, Sprache, Exekutivfunktionen und Orientierung sind häufig betroffen (He, 2009).
- 77% haben Gedächtnisprobleme (Winstein, 2016).

Empfohlene Interventionen im Leitfaden

restitutiv	<p>Leichte bis mittelgradige Gedächtnisstörungen (Abruf nach Intervall möglich)</p>	<p>Auf dem expliziten Gedächtnis basierende Methoden, Training spezifischer Gedächtnisfunktionen und -strategien, wie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kognitives Skillstraining • Visuell räumliches Training • Massgeschneiderte, computergestützte Gedächtnistrainings u. -spiele zur Verbesserung des Arbeitsgedächtnisses
kompensatorisch	<p>Schwere Gedächtnisstörungen/Amnesie (Abruf nach Intervall kaum möglich)</p> <p>Bei allen Gedächtnisstörungen</p>	<p>Auf dem impliziten Gedächtnis basierende Methoden, wie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Speicher- und Abrufstrategien, z. B. spaced retrieval, deep encoding, vanishing cues • Fehlerfreies / -armes Lernen • Aufbau von Routinen • Verbesserung der globalen kognitiven Funktionen, v. a. Aufmerksamkeit • Kompensatorische Strategien und assistive Technologien • Veränderung der physischen und/oder sozialen Umgebung einer Aktivität • Individualisiertes häusliches Reha-Programm • Internes Strategietraining, z. B. Selbstwirksamkeitstraining, Strategien zur Verbesserung der Ziel-Erreichung, der Problemlösung, im Zeitmanagement oder im metakognitiven Reasoning • Unterstützung des Umfelds bei starken kognitiven Einschränkungen • Kognitives Strategietraining zur Verbesserung der Performanz bei geübten und nicht-geübten Aufgaben • Durchführung der Therapie in einer möglichst ähnlichen Umgebung wie der gewohnten Umgebung der Person, um den Übertrag (in den Alltag) zu fördern • Freizeitprogramme • Physische Aktivität

3. Behandlungsmassnahmen: Intervention

Je nach klinischem Profil der Patient*innen aus der Befunderhebung empfiehlt sich der restitutive oder der kompensatorische Ansatz oder eine Kombination beider Ansätze. In der oben abgebildeten Tabelle sind die im Leitfaden empfohlenen Interventionen aufgeführt und dem Schweregrad der Gedächtnisstörung sowie dem Therapieansatz zugeordnet.

Behandlung optimal planen

Im Leitfaden wird die Wichtigkeit von systematischen interprofessionellen Screenings und ausführlichen Assessments aufgezeigt sowie der Bedarf für (frühe) neuropsychologische Abklärungen, um die Behandlung optimal zu planen und die Personen bestmöglich im Alltag zu unterstützen. Ergotherapeut*innen werden unterstützt, Patient*innen bereits zu Beginn über die Behandlungsmöglichkeiten zu informieren und dies begründen zu können. So können sie bereits ab der Befunderhebung mit Betroffenen klient*innenzentriert zusammenarbeiten und die immer wieder gestellte Frage «Was geht Sie mein Alltag an?» professionell beantworten.

Dokumente zum Download

Masterarbeit: <https://digitalcollection.zhaw.ch>

Leitfaden, Tabelle eingeschlossener Leitlinien und Literaturliste zum Artikel:
www.ergotherapie.ch > Mitgliederbereich > Zeitschrift ERGO