

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Department Gesundheit
Institut Ergotherapie
Bachelorstudiengang Ergotherapie, ER06
Mentorin: Claudia Lenz



Ergotherapeutische Domizilbehandlung bei erwachsenen Klienten nach Schlaganfall mit Fokus auf die Aktivitäten des täglichen Lebens sowie die instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens

Claudia Wüger
Matrikel-Nr. S06-531-024
Allmendstrasse 40
8154 Oberglatt ZH
044 850 35 26
claudiaw@sunrise.ch

Corina Zumsteg
Matrikel-Nr. S06-540-017
Gotenstrasse 14
4125 Riehen
061 601 03 50
corinazumsteg@hotmail.com

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| 1. Abstract | 3 |
| 2. Einführung | 4 |
| 3. Einleitung | 7 |
| 3.1. Das Krankheitsbild Schlaganfall | 7 |
| 3.2. Die Bedeutung von Zuhause | 9 |
| 3.3. Die Domizilbehandlung | 12 |
| 3.4. Methodik | 21 |
| 4. Hauptteil | 23 |
| 4.1. Studienübersicht | 23 |
| 4.2. Diskussion | 32 |
| 4.3. Theorie-Praxis-Transfer | 37 |
| 5. Schlussteil | 42 |
| 5.1. Zusammenfassung | 42 |
| 5.2. Offene Fragen..... | 43 |
| 6. Verzeichnisse | 45 |
| 6.1. Abkürzungsverzeichnis | 45 |
| 6.2. Glossar | 46 |
| 6.3. Literaturverzeichnis..... | 53 |
| 6.4. Bildverzeichnis | 58 |
| 7. Eigenständigkeitserklärung | 60 |
| 8. Anhang | 61 |
| Anhang A – Schlüsselwörter, Keywords und deren Synonyme | 61 |
| Anhang B – Matrix: in die Literaturübersicht eingeschlossene Studien | 62 |

1. Abstract

Ziel: Diese Literaturübersicht hatte zum Ziel, die Outcomes von ergotherapeutischer Domizilbehandlung bei erwachsenen Klienten, die einen Schlaganfall erlitten haben, darzustellen. Der Fokus sollte dabei auf die Aktivitäten des täglichen Lebens und die instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens gerichtet werden.

Hintergrund: Klienten mit erlittenem Schlaganfall bilden auch in der Schweiz eine grosse Klientengruppe. Die Behandlung dieser Menschen nimmt somit einen grossen Stellenwert ein. Die Wahrnehmung der Bedeutung des häuslichen Umfeldes für die Performanz hat zugenommen, da dies möglicherweise die besseren Konditionen zur Wiedererlernung von Fähigkeiten bietet. Folglich wurde die Wirksamkeit von ergotherapeutischer Domizilbehandlung bei Klienten nach einem Schlaganfall in ausländischen Studien untersucht.

Methode: Die Literaturrecherche erfolgte in den Datenbanken CINAHL, MEDLINE und AMED. Eingeschlossen wurden sieben Studien, die nicht älter als aus dem Jahre 1999 waren, eine Art von Domizilbehandlung bei Klienten nach erlittenem Schlaganfall untersuchten und die ADL/IADL miteinbezogen. Zudem mussten die Studien von hoher methodischer Qualität sein und ein RCT als Studiendesign vorweisen.

Ergebnisse: In den sieben untersuchten Studien kamen verschiedene Arten von Domizilbehandlung zum Einsatz. Die Resultate aller Studien zeigten jedoch, dass die Klienten die der Interventionsgruppe angehörten und somit Domizilbehandlung erhielten, in den Bereichen der ADL und IADL jeweils gleich gute oder bessere Werte erzielten als die Klienten der Kontrollgruppe.

Schlussfolgerung: Ergotherapeutische Domizilbehandlung kann bei der Behandlung von Klienten, die einen Schlaganfall erlitten haben, einen positiven Effekt auf die ADL und IADL haben und ist somit relevant für die Praxis.

Es ist noch weitere Forschung nötig, um zu untersuchen, welcher Ansatz der Domizilbehandlung am effektivsten ist. Weiter ist es erforderlich, in der Schweiz Studien zu ergotherapeutischer Domizilbehandlung durchzuführen.

Schlüsselworte: Ergotherapie, Domizilbehandlung, Schlaganfall, ADL, IADL

2. Einführung

In der vorliegenden Arbeit wird auf das Outcome von ergotherapeutischer Domizilbehandlung bei erwachsenen Klienten nach Schlaganfall mit Fokus auf die Aktivitäten des täglichen Lebens sowie die instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens eingegangen. Die genaue Fragestellung lautet folgendermassen: wie ist das Outcome von ergotherapeutischer Domizilbehandlung im Bereich ADL/IADL bei erwachsenen Klienten nach Schlaganfall?

Im Rahmen der durchgeführten Literaturrecherche zur Evidenz in der ergotherapeutischen Domizilbehandlung nach Schlaganfall erschienen zahlreiche Studien, jedoch alle aus dem Ausland. Aus der Schweiz stammende Studien konnten keine aufgefunden werden, was jedoch nicht bedeutet, dass die ergotherapeutische Domizilbehandlung bei Klienten, die einen Schlaganfall erlitten haben, in der Schweiz nicht von Bedeutung ist. Studien aus westlicher und östlicher Kultur werden in dieser Arbeit vorgestellt. Diese zeigen die Wirksamkeit von ergotherapeutischer Domizilbehandlung auf, wobei zu erwähnen ist, dass sich alle Domizilbehandlungsprogramme unterscheiden und bisher noch keine Evidenz dazu besteht, welcher dieser Ansätze am effektivsten ist. Weiter wird in dieser Arbeit die Relevanz dieser Domizilbehandlungsprogramme für die Praxis diskutiert und es werden mögliche Schlüsse für die Schweiz gezogen.

Laut Laag und Meyer (2000) erfolgt bei Klienten, die einen Schlaganfall erlitten haben, nach der Akutbehandlung (z.B. in einer Stroke Unit), bei einer vollständigen Genesung die Entlassung nach Hause. Ansonsten wird die Behandlung in einer stationären Rehabilitationseinrichtung oder ambulant weitergeführt. Die ergotherapeutische Domizilbehandlung ist in der Schweiz jedoch noch nicht Bestandteil des gebräuchlichen Rehabilitationsprogrammes und kommt nur in Einzelfällen zur Anwendung. Zu erwähnen wäre hier der Kanton Waadt. Im Rahmen der dort vorhandenen sozial-medizinischen Zentren, worin die Ergotherapie mit eingeschlossen ist, werden unter anderem Domizilbehandlungen angeboten. Dieses Angebot wird nicht nur, aber auch für Klienten, die einen Schlaganfall erlitten haben, gemacht.

In der Schweiz erleiden gemäss der Schweizerischen Herzstiftung (2006) etwa 12'500 Personen pro Jahr einen Hirnschlag, wobei jeder vierte zum Tod führt.

Schwere Behinderungen und die Unfähigkeit ein selbständiges Leben zu führen, treffen jeden vierten Betroffenen. Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (2007) registrierte im Jahr 2004 sogar 15'733 Personen, die in der Schweiz einen Schlaganfall erlitten haben. In Zukunft wird, aufgrund der demographischen Alterung, eine steigende Tendenz von koronarer Herzkrankheit und Hirnschlag erwartet, wie dies das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (2008) im Nationalen Gesundheitsbericht erwähnt. Menschen, die einen Schlaganfall erlitten haben, stellen daher eine grosse Klientengruppe innerhalb der Ergotherapie dar, die sich in Zukunft noch vergrössern wird. Vor allem erwachsene Menschen sind von einem Schlaganfall betroffen, wobei sich die Beeinträchtigungen auf verschiedene Lebensbereiche, unter anderem aber auch auf die ADL und IADL auswirken.

Die AOTA (2002) definiert die ADL und IADL folgendermassen: Die ADL (Activities of Daily Living; Aktivitäten des täglichen Lebens) beinhalten Aktivitäten, welche auf die Fürsorge für den eigenen Körper ausgerichtet sind. Unter IADL (Instrumental Activities of Daily Living; Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens) sind Aktivitäten zu verstehen, welche komplexer sind, da sie auf eine Interaktion mit der Umwelt ausgerichtet sind (zur genaueren Begriffserklärung siehe Glossar S. 46 und 50).

Innerhalb der ergotherapeutischen Domizilbehandlung gibt es viele verschiedene Arbeitsbereiche, wozu auch die ADL und IADL zählen. Titus et al. (1991; zit. nach Moulton, 1997, S. 34) zählen die ADL sogar zu einem der wesentlichsten Behandlungsbereiche in der ergotherapeutischen Domizilbehandlung nach Schlaganfall. Gemäss Özdemir, Birtane, Tabatabaei, Kokino und Ekuklu (2001) ist die Verbesserung der Selbständigkeit in den ADL eines der Rehabilitationsziele in der Behandlung von Klienten mit erlittenem Schlaganfall und stellt unter anderen einen effektiven Faktor zur Sozialisierung des Klienten dar.

Viele bedeutungsvolle Betätigungen werden vom Menschen zuhause durchgeführt. Vor allem die ADL und IADL werden meist im eigenen Heim ausgeführt oder zumindest von dort aus begonnen. Von Bedeutung sind jedoch nicht nur die Betätigungen selbst, sondern auch der Raum, in welchem sie durchgeführt werden.

Die Bedeutung des Zuhauses für den Menschen ist sehr vielschichtig. Dahlin-Ivanoff, Haak, Fänge und Iwarsson (2007) entdeckten beispielsweise in ihrer Studie, dass das Zuhause für Sicherheit und Freiheit stehen kann. Jedoch sind die Klienten

in einem stationären Setting, laut Weiss et al. (2004), von ihrem Zuhause und ihrem sozialen Kontext getrennt. Gilbertson, Langhorne, Walker, Allen und Murray (2000) beschrieben die Problematik, dass es für Klienten nach erlittenem Schlaganfall schwierig sein kann, die, im Spital in der Frührehabilitation, erlernten Fertigkeiten in das häusliche Umfeld zu übertragen. Die Klienten würden dadurch einer unerwarteten Behinderung und Schwierigkeiten bei der Adaption zuhause begegnen. Weiss et al. (2004) sagen aus, dass das physische und soziale Umfeld zuhause bessere Voraussetzungen zum Wiedererlernen von Fertigkeiten bieten und Klienten und Betreuer vollständiger in die Entscheidungsfindung involvieren, sowie auch zu erhöhter Einsicht und Motivation beitragen kann. Mayo et al. (2000) verdeutlichen zudem, dass es im häuslichen Umfeld möglicherweise einfacher ist, die Therapie auf die dringenden Gesundheitsanliegen und Bedürfnisse des Klienten und seiner Familie zu fokussieren. Sie sagen auch aus, dass die Domizilbehandlung die Klienten und deren Familien darin bestärkte, die Führung in der Betreuung zu übernehmen. Dadurch wurden die Familien zu aktiven Mitwirkenden in der Behandlung.

3. Einleitung

3.1. Das Krankheitsbild Schlaganfall

Jedes Jahr erleiden in der Schweiz gemäss der Schweizerischen Herzstiftung (2006) etwa 12'500 Personen einen Hirnschlag und jeder vierte davon führt sogar zum Tod. Schwere Behinderungen und die Unfähigkeit ein selbständiges Leben zu führen, treffen jeden vierten Betroffenen.

Die WHO (1988; zit. nach Truelsen, Begg und Mathers, 2000, S. 1-2) definiert den Hirnschlag als „rapidly developing clinical signs of focal (or global) disturbances of cerebral function, with symptoms lasting 24 hours or longer or leading to death, with no apparent cause other than of vascular origin“. Herschkowitz (2006) definiert den Hirnschlag weitaus einfacher, als eine plötzliche Unterbrechung der Blutzufuhr zu einem Teil des Gehirns oder als eine Blutung direkt in einem Hirnbereich. Diese Definition leitet genau dazu über, dass man je nach Ursache und Ort des Ereignisses verschiedene Arten von Hirnschlägen unterscheidet. Ringelstein und Nabavi (2004) liefern eine grundsätzliche Unterteilung in ischämische, hämorrhagische und nicht vaskuläre Insulte, wobei auf letztere aufgrund der geringen Relevanz für die vorliegende Arbeit in den folgenden Ausführungen nicht weiter darauf eingegangen wird. Der ischämische Hirnschlag kommt mit 80 bis 85% am häufigsten vor, der hämorrhagische Insult macht lediglich 10 bis 15% aller Schlaganfälle aus.

Aufgrund des zeitlichen Verlaufs der Insultsymptome unterscheidet man den ischämischen Hirnschlag in folgende weitere drei Formen: TIA (transitorische ischämische Attacke), vollendeter Insult (completed stroke) und RIND (reversibles ischämisches neurologisches Defizit) oder PRIND (prolongiertes reversibles ischämische neurologisches Defizit). Ringelstein et al. (2004, S. 1) beschreiben die TIA als einen „flüchtigen zerebralen Insult“, dessen Symptome nicht länger als 24 Stunden andauern und sich vollständig zurückbilden. Bleiben die Symptome für mehr als 24 Stunden bestehen und sind sie nicht reversibel, so spricht man von einem vollendeten Insult. Beim RIND oder PRIND bestehen die Defizite zwar ebenfalls länger als 24 Stunden, sind aber komplett reversibel. Die letzten beiden Begriffe sind gemäss den Autoren nicht mehr zeitgemäss, da sie eine vollständige Rückbildung der Symptome suggestieren, welche aber bei genauester neurologischer Untersuchungen noch immer

nachweisbar bleiben. Vor allem Embolien, Thromben, Mikroembolien und TIAs sind gemäss Edmans et al. (2001) die Ursachen für einen ischämischen Hirnschlag.

Ringelstein et al. (2004) untergliedern die hämorrhagischen Insulte wie folgt: zerebrale Parenchym(Massen-)blutungen, Subarachnoidalblutungen (SAB), Epidurale und Subdurale Hämatome. Die zerebralen Parenchymlutungen beschreiben kompakte intrakranielle, intrazerebrale Blutungen von mehreren Zentimetern Durchmesser, die, im engeren Sinne, ein Hämatom darstellen. Die Subarachnoidalblutung, beschreibt eine Blutung zwischen den beiden Hirnhäuten Arachnoidea und Pia mater. Die Aufzählung von Epiduralen und Subduralen Hämatome ist selbsterklärend. Als Hauptursache der hämorrhagischen Insulte gelten Gefässaneurysmen, besonders im Bezug auf die SAB. Arterio-venöse Gefässmalformationen, kortikale Venenthrombosen mit Stauungsblutungen, intradurale Dissektionen der Hirnarterien und das Vorliegen einer hämorrhagischen Diathese müssen ebenfalls als mögliche Ursachen in Betracht gezogen werden. Höheres Alter, Alkoholabusus, Gerinnungsstörungen und rezidivierende Kopftraumen sind speziell im Zusammenhang mit den Epiduralen und Subduralen Hämatomen ebenfalls als Auslöser für hämorrhagische Hirninsulte zu betrachten.

Obwohl es verschiedene Formen von Hirnschlag gibt bleiben die Symptome und Auswirkungen dieselben. Jeder vierte Hirnschlag führt zum Tod und ebenfalls jeder vierte Betroffene trägt bleibende Schäden davon. Diese Auswirkungen sind sehr vielfältig und grundsätzlich auch von der Lage bzw. Lokalisation des Insults abhängig. Laag et al. (2000) fassen diese folgendermassen zusammen:

Parästhesien, Gefühlsstörungen, Kribbeln in den Extremitäten, Ataxien, Apraxie, sensorische oder sensible Ausfälle, Ausfall der Reflexe, Erschlaffung des Muskeltonus, Sprach- und Sehstörungen bis hin zum Verlust, Agnosie, Verhaltens- und Wesensveränderungen, Gereiztheit, Desorientierung, Dysphagie, Stuhl- und Harninkontinenz, Pupillendifferenz, motorische Ausfälle bis zu Halbseitenausfällen und Lähmungen, Ptose, herabhängender Mundwinkel, eingeschränkte Gesichtsmimik. (S. 21-22)

Ausgehend von der Lokalisation des Ereignisses, ist immer die gegenüberliegende Körperhälfte, nur aber in seltenen Fällen beide Körperseiten betroffen.

3.2. Die Bedeutung von Zuhause

Law und Baum (2005) beschreiben die dynamische Beziehung zwischen Person, Umwelt und Betätigung im täglichen Leben im *Person-Environment-Occupation Model* bzw. dem *Person-Umwelt-Betätigung-Modell* (siehe Abbildung 1). Der Kontext,

zeitliche Faktoren, sowie auch physische und psychische Faktoren der Person tragen zur Betätigungsperformanz (Ausführung von Betätigung) bei. Hasselkus (2002) erläutert, dass die Umwelt, die Bedeutung und die Auswahl der Aktivitäten einer Person beeinflusst. Alle genannten Faktoren (Person, Umwelt, Betätigung) tragen zum Wohlbefinden und der Gesundheit dieser Person bei. Diese Erkenntnisse sind insofern wichtig, als dass das Zuhause als ein Teil der Umwelt betrachtet wird.

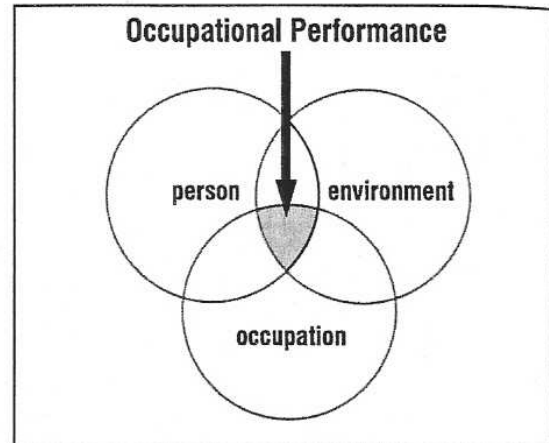


Abbildung 1. Person – Environment – Occupation (PEO) Model.

Aufgrund des Schwerpunktes der vorliegenden Arbeit auf die ergotherapeutische Domizilbehandlung, ist es notwendig, den Begriff Domizil näher zu beleuchten. Domizil kommt aus dem Lateinischen und bedeutet gemäss dem Brockhaus (2009) Wohnsitz oder Wohnung und ist daher allgemein als das Zuhause zu betrachten. Dahlin-Ivanoff et al. (2007) verstehen das Zuhause als ein komplexes Konzept, welches Privatsphäre, Individualität und Selbständigkeit erlaubt. Gleichzeitig unterstreichen sie die Wichtigkeit des Zuhauses als eine wichtige Bühne für viele ergotherapeutische Interventionen.

Dahlin-Ivanoff et al. (2007) untersuchten in ihrer Studie die Bedeutung des Zuhauses für sehr alte, allein lebende Menschen in Schweden. Dabei sollte auch herausgefunden werden, wie das Konzept von Zuhause mit den Schlüsselkonzepten Autonomie, Wohlbefinden und Partizipation im Zusammenhang steht. 40 Männer und Frauen im Alter von 80 – 89 Jahren nahmen an der Studie teil. Die Resultate der Studie zeigen auf, dass das Zuhause im Leben der Teilnehmer einen zentralen Platz hat, weil dies der Ort ist, wo sie leben und sehr viel Zeit verbringen. Das Zuhause hatte für die Teilnehmer sehr viele verschiedene Bedeutungen, anhand deren zwei

Schlüsselkategorien mit jeweils drei Subkategorien identifiziert werden konnten. Die Kategorie *Zuhause bedeutet Sicherheit* beinhaltet das *Leben in einer vertrauten Nachbarschaft, alles funktioniert* und *Erinnerungen haben, um davon zu leben*. Zu dem *Zuhause bedeutet Freiheit* gehören ein *Platz zur Besinnung, ein sozialer Treffpunkt* und *seine eigenen Marken hinterlassen*.

Da das Thema der vorliegenden Arbeit die ergotherapeutische Domizilbehandlung im Sinne der Rehabilitation ist, ist es notwendig die Subkategorie *alles funktioniert* genauer zu erläutern. Mit *alles funktioniert* wird gemeint, dass das eigene Zuhause für Funktionalität steht. Dadurch dass das Zuhause nach den eigenen Bedürfnissen geplant und angepasst ist, trägt es zu einem Gefühl von Sicherheit bei. Ein funktionales Zuhause, ist eine notwendige Voraussetzung für selbständiges Handeln und somit auch für Selbständigkeit. Die Kombination von einem funktionalen Zuhause mit genügend Fertigkeiten und keine zu grosse Gebrechlichkeit oder zu grosse kognitive Beeinträchtigungen, ermöglicht es sehr alten Menschen lange Zuhause zu bleiben.

Die Auswahl und Bedeutung von Aktivitäten, die sehr alte Menschen durchführen, wird durch das Zuhause als einen Teil der Umwelt beeinflusst. Für Ergotherapeuten ist es wichtig, in die Welt der Bedeutung des Zuhauses für alte Menschen einzutauchen und sie dabei zu unterstützen, frühere Bedeutungen von Zuhause mit Aktivitäten in der Gegenwart zu vereinen. Bei der Abgabe von Hilfsmitteln und bei der Empfehlung von häuslichen Veränderungen, müssen Ergotherapeuten die Bedeutung des Zuhauses für den Klienten reflektieren und ihre Interventionen daran anpassen.

Hasselkus (2002) sieht die Aufgabe der Ergotherapeutin darin, die Bedeutung des Zuhauses für die Klienten zu verstehen und sich dann in diese Bedeutung so gut wie möglich einzufügen. Dies sei wichtig, damit ergotherapeutische Behandlungsziele und Empfehlungen von den Klienten angenommen werden.

Rowles (1987; zit. nach Hasselkus, 2002, S. 30) sieht das Zuhause folgendermassen:

Als ein Symbol für Kontinuität und Verbindung zwischen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft; als eine Erweiterung des Selbst; als ei-

nen Ort, der einem Sicherheit und ein Gefühl der Zugehörigkeit bietet; als Zufluchts- und Rückzugsort; als ein Symbol für soziale Identität; als einen Platz, in dem wir ein Gefühl von Kompetenz, Ordnung und Kontrolle haben; als ein Symbol des sozialen Status; als ein Symbol für Unabhängigkeit und als ein „Drehpunkt“ von allem „Ausgehenden“ und allem „Eingehenden“ [freie Übersetzung]. (S. 30)

Auch Clutton, Grisbrooke und Pengelly (2006) bestätigen die Vielschichtigkeit der Bedeutung des Zuhauses für eine Person. Sie sehen in dem Zuhause einen Ort der Privatsphäre und der Sicherheit, aber auch einen Ort, in dem der Bewohner die Kontrolle und Autonomie hat. Zudem stellt das Zuhause einen Ort dar, von dem man ausgeht und wieder zurückkehrt, einen Ort der Selbstpflege und –reflexion. Zuhause werden die engsten sozialen Beziehungen geführt und das Zuhause ist ein Ort der persönlichen Erinnerungen und der eigenen Lebensgeschichte.

Innerhalb des Problemlösezyklus gehört es für Clutton et al. (2006) zur Aufgabe der Ergotherapeutin, die Klientenperspektive zu verstehen, was auch das Verständnis für dessen Bedeutung von Zuhause, Familienrollen und –dynamik beinhaltet. Dies stellt auch eine essentielle Komponente der klientenzentrierten Praxis dar.

Shearer (1981, zit. nach Clutton et al., 2006) sieht in dem Zuhause folgende Bedeutung:

A house is more than four walls which hold up a roof and enclose a variety of functional spaces. For all of us, it is the basis of our security and our exploration of the world. It is the place where we find our privacy, express our personality and preferences and experiment with change. (S. 57)

3.3. Die Domizilbehandlung

3.3.1. Die Strategie der gemeinde-basierten Rehabilitation

Die ILO, UNESCO und WHO (2004) beschreiben in ihrem *Joint Position Paper* die *community-based rehabilitation (CBR)*, was frei übersetzt soviel wie gemeinde-basierte Rehabilitation bedeutet, als eine Strategie für Rehabilitation, Chancengleichheit, Reduzierung von Armut und soziale Integration für alle Menschen mit Behinderungen innerhalb der allgemeinen Gemeindeentwicklung. Umgesetzt wird die

CBR durch die Zusammenarbeit von Menschen mit Behinderungen selbst, deren Familien, Organisationen und Gemeinschaften und den relevanten staatlichen und nicht-staatlichen Gesundheits-, Bildungs-, Berufs-, Sozial- und anderen Diensten.

Gemäss der ILO et al. (2004) werden mit der CBR zwei Hauptziele verfolgt. In erster Linie geht es darum, Menschen mit Behinderungen zu gewährleisten, dass sie ihre physischen und mentalen Fähigkeiten maximieren können, Zugang haben zu regulären Dienstleistungen und Chancen und dass sie zu aktiven Mitwirkenden in der Gemeinde und in der Gesellschaft werden. Ergänzend dazu, hat die CBR zum Ziel, Gemeinden dazu zu bewegen, die Menschenrechte von Menschen mit Behinderungen zu schützen und zu fördern, indem sie Veränderungen in der Gemeinde veranlassen.

Die WHO (2004) räumt in ihrem *Meeting Report* ein, dass es nicht ein einziges CBR-Modell für die ganze Welt geben kann, da jede Gemeinde Unterschiede in Land, Kultur, politischem System, sozio-ökonomischen Bedingungen und vielen anderen Faktoren aufweist. Dennoch seien aber einige grundlegende Normen für ein valides CBR-Programm notwendig. Unter Berücksichtigung von evidenz-basierter Praxis, sollen Guidelines die Implementierung von CBR-Programmen unterstützen. In Form einer Matrix zeigt die WHO (2004) mögliche Themengebiete auf, die ein effektives CBR-Programm je nach lokalen Bedingungen enthalten könnte (siehe Abbildung 2).

In dieser Matrix werden fünf Komponenten (Gesundheit, Bildung, Lebensgrundlagen, Empowerment und Soziales) dargestellt, die jeweils in fünf Elemente unterteilt werden, wobei jedes dieser Elemente in einem Kapitel der Guidelines näher beschrieben wird. Die Aktivitäten in den Komponenten und den jeweiligen Elementen werden durch die vier Grundsätze Integration, Partizipation, Nachhaltigkeit und Selbstbestimmung beeinflusst. Diese Grundsätze sind nicht voneinander abgrenzbar, da sie ineinander übergreifen, sich gegenseitig ergänzen und voneinander abhängen. Die Komponente der Gesundheit, die für die vorliegende Arbeit relevant ist, wird in die fünf Elemente Förderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Hilfsmittel untergliedert. Obwohl die therapeutische Intervention in dieser Matrix dem Element Rehabilitation zugeordnet wird, kann die ergotherapeutische Domizilbehandlung einen Beitrag zu allen fünf Elementen der Komponente Gesundheit leisten.

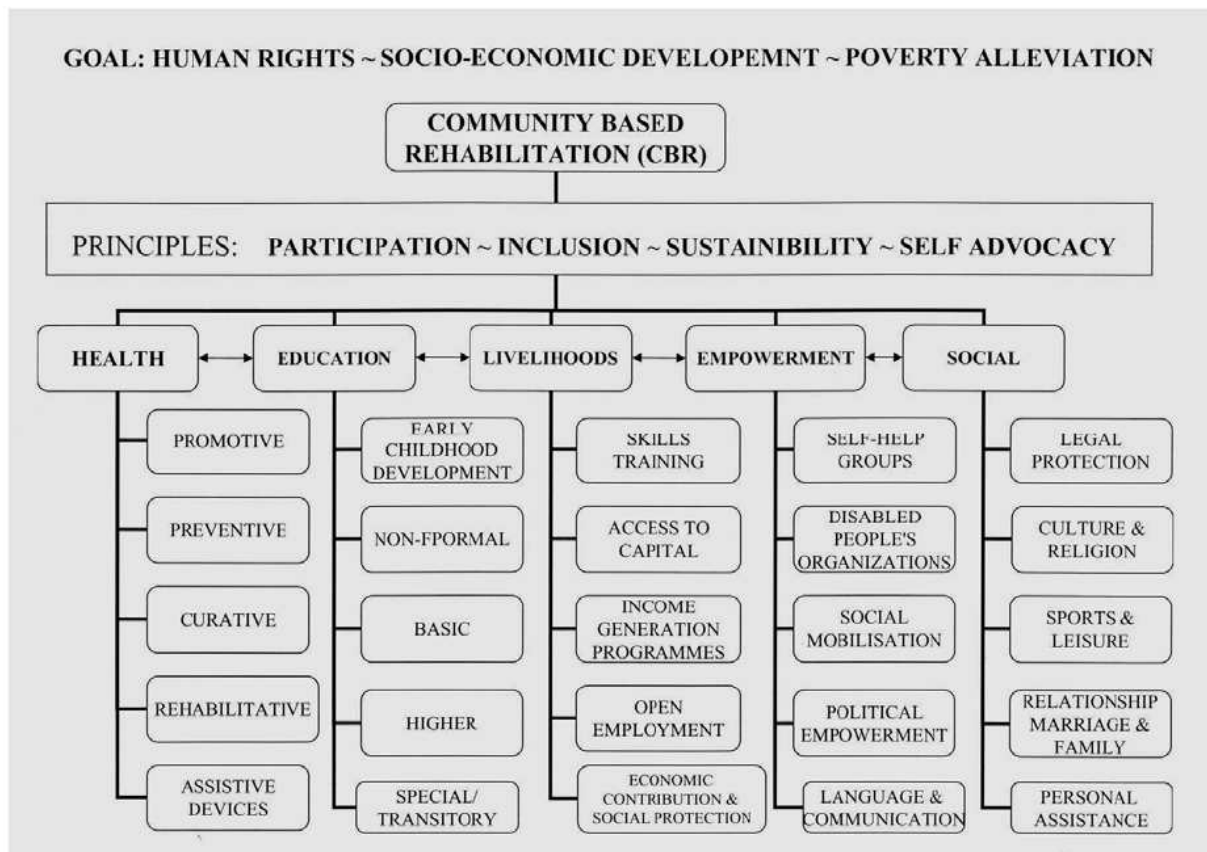


Abbildung 2. Matrix.

3.3.2. Die Gemeinde-basierte Praxis in der Ergotherapie

Scaffa (2001) beschreibt in ihrem Buch die gemeinde-basierte Praxis, die für die Ergotherapie kein neues Konzept, sondern vielmehr eine Rückkehr zu den ergotherapeutischen Wurzeln darstellt. Bereits im frühen zwanzigsten Jahrhundert haben George Barton und Eleanor Clark Slagle gemeinde-basierte Programme aufgestellt. Scaffa (2001) unterscheidet innerhalb der gemeinde-basierten Praxis die Begriffe *community-based rehabilitation*, *community-based service* und *community health promotion*.

Die *community-based rehabilitation* bzw. die gemeinde-basierte Rehabilitation, die es zum Ziel hat, Rehabilitation, Chancengleichheit, Reduzierung von Armut und soziale Integration für alle Menschen mit Behinderungen zu gewährleisten, wurde bereits ausführlich beschrieben und wird hier deshalb nicht weiter erläutert. Der *community-based service*, was frei übersetzt gemeinde-basierter Dienst meint, hat es zum Ziel, dass Klient und Praktiker in die Gemeinde integriert und somit zu einem wesentlichen Bestandteil davon werden. Die gemeinde-basierten Dienste bieten viele

gesundheitsbezogene Dienstleistungen an: Prävention und Gesundheitsförderung, akute und chronische medizinische Behandlung, Habilitation und Rehabilitation, direkte und indirekte Dienstleistungserbringung. Alle diese Dienstleistungen werden in Gemeindefsettings erbracht. Aktivitäten wie zum Beispiel Ausflüge in die Gemeinden für Klienten aus Spitälern und Rehabilitationszentren, werden nicht als gemeindebasierte Dienste bezeichnet. Zur *community health promotion*, der Gemeinde-Gesundheitsförderung, zählen sämtliche Formen und Zusammenstellungen von Unterstützung in der Bildung, Umwelt und auch im sozialen Bereich, die zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten beitragen.

Die Ergotherapie kann sich in allen drei Bereichen der gemeinde-basierten Praxis engagieren. Für die Berufspraxis bedeutet dies, dass Ergotherapie nicht nur in klinischen Settings, sondern auch direkt in der Gemeinde erfolgen kann und dass das Berufsfeld somit erweitert wird.

3.3.3. Gängige Praktiken der ergotherapeutischen Domizilbehandlung bei Klienten nach erlittenem Schlaganfall

Moulton (1997) untersuchte in ihrer Studie in den USA gängige Praktiken in der ergotherapeutischen Domizilbehandlung bei Klienten, die einen Schlaganfall erlitten haben. Anhand von 43 schriftlichen Befragungen wurde die Datenanalyse durchgeführt.

Austill-Clausen und Kelsey (1995; zit. nach Moulton, 1997, S. 33) sehen die Rolle der Ergotherapie innerhalb der Domizilbehandlung als eine natürliche Ausweitung der Vielseitigkeit dieser Profession und als Schulung in adaptiver Ausrüstung, welche den Klienten zu Selbständigkeit und Funktionalität in deren Zuhause verhelfen soll. Die ergotherapeutische Domizilbehandlung weist viele verschiedene Behandlungsbereiche auf. Laut Irey (1995; zit. nach Moulton, 1997, S. 33 – 35) zählen dazu die Sicherheit der Umgebung, die motorische Koordination, die sensorische Wahrnehmung, die Kognition, die ADL, die IADL und die Freizeitaktivitäten. Wobei Titus et al. (1991; zit. nach Moulton, 1997, S. 34) die ADL als einer der wesentlichsten Arbeitsbereiche in der ergotherapeutischen Domizilbehandlung bezeichnet. Gemäss Moulton (1997) kann die Ergotherapeutin während der Durchführung von ADL, weitere Bereiche (wie z.B. Orientierung), die wichtig sind für deren Performanz, beobachten und in die Behandlung mit einbeziehen. Die Behandlung im Bereich der

IADL wird zum Bereich der ADL gezählt, da Austill-Clausen und Kelsey (1995; zit. nach Moulton, 1997, S. 34) diese als komplexe ADL bezeichnen.

Die Resultate der Studie von Moulton (1997) zeigen auf, dass Ergotherapeutinnen, innerhalb der Domizilbehandlung in den USA, einen adaptiven Ansatz von Behandlungstechniken in einem vielseitigen Referenzrahmen anwenden. Im Behandlungsbereich der ADL führten 100% der Befragten Badezimeranpassungen durch und wendeten Selbstpflege-Hilfsmittel an. Jeweils 98% trainierten mit den Klienten den Transfer und die Ausführung von ADL. 91% berücksichtigten in der Domizilbehandlung das Haushaltsmanagement.

In anderen Behandlungsbereichen wurden auch oft Rehabilitationstechniken, wie zum Beispiel die NDT (Neurodevelopmental Therapy), angewendet. Diese Rehabilitationstechniken gewinnen zunehmend an Bedeutung in der Domizilbehandlung, da Klienten zur Kosteneinsparung heutzutage mit einem tieferen Funktionsniveau nach Hause geschickt werden und somit nur adaptive Therapie nicht mehr ausreichend ist.

3.3.4. Kurzer Bezug zu den ausgewählten Studien im Hauptteil

Die Domizilbehandlung wird im bereits beschriebenen CBR-Modell (ILO et al., 2004) sehr breit dargestellt. Die ergotherapeutischen Domizilbehandlungen, wie sie in den ausgewählten Studien im Hauptteil vorkommen, sind spezifischer und sie können im CBR-Modell in der Komponente Gesundheit den Elementen Rehabilitation und Hilfsmittel zugeordnet werden.

Wie schon erwähnt, gibt es kein einheitliches Konzept für ergotherapeutische Domizilbehandlungen. Ergotherapeutische Domizilbehandlungen können somit aus einzelnen Therapieeinheiten oder auch aus einem Konzept kombiniert mit Frühentlassungen bestehen, wie es von Mayo et al. (2000) untersucht wurde und wie folgt begründet und beschrieben wird:

A major component of stroke management is aimed at facilitating functional independence and community reintegration. It would, therefore, be logical that the sooner the patient can be returned home following stroke, the sooner the reintegration process can commence. In addition, prolonged hospitalization may be detrimental to people with stroke through

fostering of dependent relationships, social isolation, and immobility. However, for many, the sequelae of stroke are such that discharge home without support services is not feasible or safe, and patients tend to remain in the acute-care institution longer than necessary. An alternative option to hospital-based care is the concept of prompt supported discharge that commences as soon as the patient is medically stable to leave hospital and compromises home-based rehabilitation and medical services. (S. 1016)

3.3.5. Gegenwärtige Situation der Domizilbehandlung in der Schweiz

Die Schlaganfallbehandlung in der Schweiz, entsprechend der Behandlung in Deutschland (Laag et al., 2000), sieht gegenwärtig folgendermassen aus (siehe Abbildung 3): Patienten werden primär in die Stroke Units (falls vorhanden) der Akutspitäler eingewiesen. Ist der Klient nach der Frührehabilitationsphase vollständig genesen, kann er wieder nach Hause. Ansonsten folgt eine stationäre Rehabilitation oder eine ambulante Behandlung.

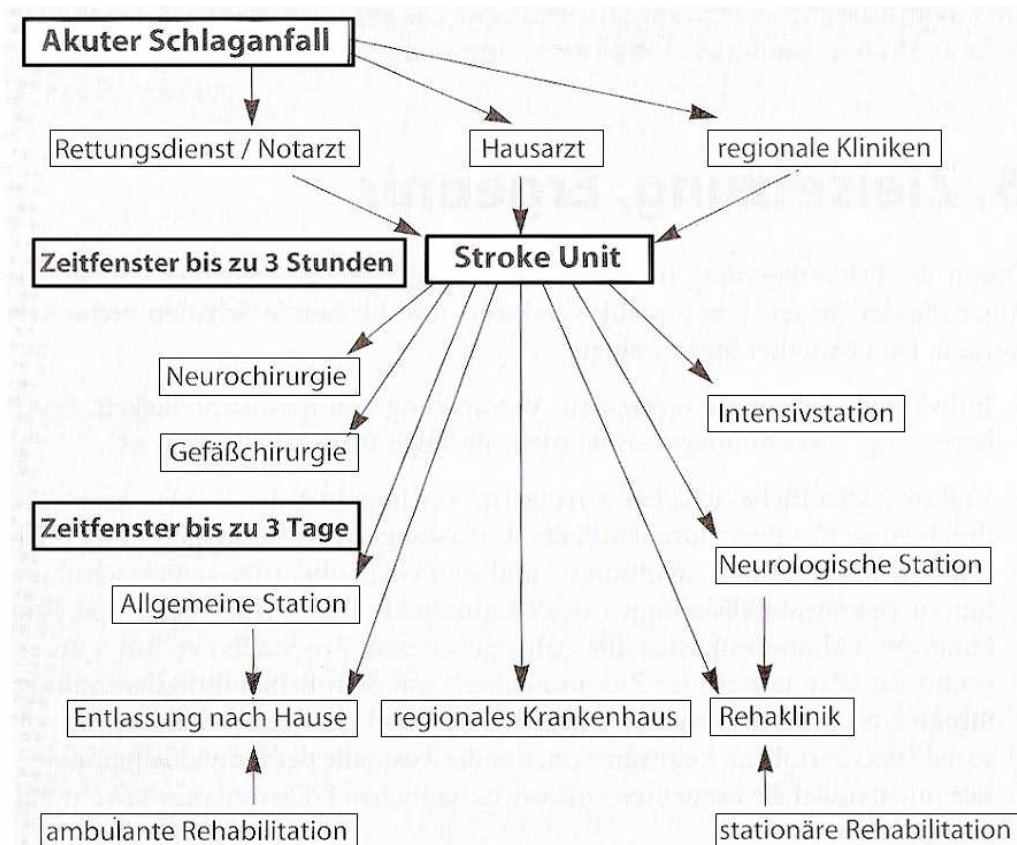


Abbildung 3. Ablaufdiagramm bei akutem Schlaganfall.

Laut Adam (2007) besteht in der Schweiz in Bezug auf die stationären Rehabilitationsmöglichkeiten ein gut ausgebautes Angebot. Bei den ambulanten Rehabilitationsmöglichkeiten ist die Lage jedoch problematisch, da aktuell keine flächendeckende Versorgung besteht. Weiter beschreibt Adam (2007), dass die alltagsnahe Rehabilitation vorangetrieben wurde. Als Beispiel dazu, wird die Rehabilitationsklinik vom Kantonsspital Luzern genannt, welche schon seit einigen Jahren bei Klienten während des stationären Aufenthaltes *Domizilorientierte Rehabilitation* (DOR) anwendet.

Gemäss der Adressliste für selbständigerwerbende Ergotherapeuten des EVS (2009a) bieten rund 600 ErgotherapeutInnen ambulante Therapien an. Unter diesen behandeln etwa 280 ErgotherapeutInnen Klienten im Fachbereich Neurologie und rund 350 bieten Domizilbehandlungen an. Dabei ist aber anzumerken, dass Domizilbehandlungen meist nur dann durchgeführt werden, wenn der Klient keine andere Möglichkeit mehr hat.

Die Durchführung von ergotherapeutischen Domizilbehandlungen ist möglich und kommt in der Schweiz auch vereinzelt zur Anwendung. Ergotherapeutische Domizilbehandlungen sind in der Schweiz jedoch nicht in der regulären Behandlungskette von Klienten, die einen Schlaganfall erlitten haben, mit einbezogen. Obwohl die Domizilorientierte Rehabilitation und Domizilbehandlungen in der Schweiz noch nicht allzu sehr verbreitet sind, besteht im Kanton Waadt seit 1967 die *Organisme médico-social vaudois (OMSV)*, frei übersetzt *Sozial-medizinische Organisation Waadt*. Diese führt unter anderem als Angebot sozial-medizinische Zentren, worin die Ergotherapie miteingebunden ist und auch Domizilbehandlungen durchgeführt werden. Die Organisation und ihr Tätigkeitsfeld werden im weiteren Verlauf genauer erläutert.

Gemäss Müller (2004) basiert das schweizerische Gesundheitswesen auf einer medizinischen Perspektive. Diese Sichtweise ist krankheitsorientiert und die Aspekte Behinderung und Krankheit stehen im Vordergrund. In der Schweiz ist die Ergotherapie abhängig von der ärztlichen Verordnung und wird deshalb unter den medizinisch-technischen Berufen eingeordnet. Aufgrund des vorherrschenden medizinischen Modells mit krankheitsorientierter Sichtweise, sind diese Verordnungen meist auf die funktionellen Aspekte bezogen und berücksichtigen die Partizipation oder die aktive Rolle des Klienten mit seinen Wünschen und Bedürfnissen weniger.

Betreffend der Verordnung von Ergotherapie im stationären oder ambulanten Setting sowie Domizilbehandlungen sagt der EVS (2009b) folgendes aus: Ergotherapie wird durch den Arzt verordnet. Pro Behandlungsserie können maximal neun Einheiten verordnet werden. Damit die Ergotherapeutin allfällige, durch die Domizilbehandlung entstandene, Reisekosten abrechnen kann, müssen Domizilbehandlungen auf der Verordnung als solche vermerkt werden.

Müller (2004) erkennt die Schwierigkeit für Schweizer Ergotherapeuten, gemeinde-basiert zu arbeiten, was auf verschiedene Faktoren zurückzuführen ist. Für sie sind gesellschaftliche, politische und ökonomische Veränderungen, aber auch Veränderungen innerhalb der Ergotherapie selbst, unumgänglich. Dennoch ist es bereits heute vereinzelt möglich, ergotherapeutische Domizilbehandlungen in der Schweiz anzubieten.

3.3.6. Die OMSV und die CMS – ein Beispiel in der Schweiz

3.3.6.1. OMSV

Laut den CMS Aide et soins à domicile (2009c) wurde die *Organisme médico-social vaudois (OMSV)*, frei übersetzt *Sozial-medizinische Organisation Waadt*, 1967 durch ein Gesetz gegründet. Sie ist eine öffentlich-rechtliche Institution und wird auch als federführend in der Implementierung des *PMAD vaudois (Programme de maintien à domicile du canton de Vaud)* bzw. eines Programmes des Zuhausebleibens im Kanton Waadt bezeichnet (CMS Aide et soins à domicile, 2009c, 2009d).

Die OMSV wurde vom Kanton Waadt dazu beauftragt, die Verantwortung für die Organisation von kantonalen Hilfs- und Pflegedienstleistungen im Domizil zu übernehmen. Sie hat diese Aufgabe an sieben regionale Vereinigungen und an eine regionale Stiftung delegiert, welche die insgesamt 45 *Centres médico-sociaux (CMS)*, die *sozial-medizinische Zentren*, leiten (CMS Aide et soins à domicile, 2009a, 2009d).

Jede Person sollte seine Selbständigkeit und Unabhängigkeit solange wie möglich aufrechterhalten können. Dazu gilt es, eine adäquate Antwort auf die jeweiligen sozial-gesundheitlichen Bedürfnisse zu finden. Die Hilfs- und Pflegedienstleistungen sollen die Bevölkerung dabei unterstützen, dieses Ziel individuell oder im Kollektiv zu erreichen. Des Weiteren beinhalten die Hilfs- und Pflegedienstleistungen auch die

Sterbebegleitung und die Betreuung der Angehörigen im Trauerprozess (CMS Aide et soins à domicile, 2009d). Auch Präventionsprojekte zählen zum Aufgabengebiet der regionalen Vereinigungen und der Stiftung, welche in enger Zusammenarbeit mit der OMSV durchgeführt und finanziert werden (CMS Aide et soins à domicile, 2009b).

Angesprochen werden Personen jeden Alters und in jeder Lage, die aufgrund von gesundheitlichen Problemen auf Hilfe von ihren Angehörigen oder von Professionellen angewiesen sind. Dabei kann die benötigte Unterstützung nur momentan oder dauerhaft sein (CMS Aide et soins à domicile, 2009d).

Gesundheitsfachpersonen und Sozialarbeiter führen eine Evaluation der Situation des Klienten und seiner Umgebung durch, worauf die folgenden Hilfe- und Pflegedienstleistungen zuhause basieren. Aufgrund der Finanzierung durch das Kollektiv (Kanton, Bund, Gemeinden), den Krankenkassen und zu einem Teil durch die Klienten, sind diese Dienstleistungen für die ganze Bevölkerung zugänglich (CMS Aide et soins à domicile, 2009d, 2009e).

3.3.6.2. CMS

Die *Centres médico-sociaux (CMS)* bieten in einem interdisziplinären Team Hilfs- und Pflegedienstleistungen zuhause an, die die Autonomie des Klienten bestärken (CMS Aide et soins à domicile, 2009d). Laut den CMS Aide et soins à domicile (2009f) werden ihre Teams von einer Verantwortlichen bzw. einem Verantwortlichen geführt und bestehen obligatorisch (zahlenmässig nach Wichtigkeit) aus Haushalts- und Gesundheitshilfskräften, Hauspflegerinnen, Pflegeassistenten und Assistenten der Gesundheit der Gemeinde, Pflegefachkräften, Ergotherapeuten, Sozialassistenten, Sekretären, Koordinatoren und Verantwortlichen für die Hilfskräfte und die Familienhilfen. Die Teammitglieder bündeln ihre Kompetenzen und ergänzen sich in der interdisziplinären Arbeit gegenseitig, um den Bedürfnissen des Klienten optimal gerecht zu werden, wozu eine gute Koordination erforderlich ist.

Die Ergotherapeutin, als Teil des interdisziplinären Teams, interveniert bei Aktivitäten in den verschiedenen Lebensbereichen des Klienten. Gemeint sind damit die Selbstversorgung, berufliche, soziale und Freizeitaktivitäten. Es liegt insbesondere an der Ergotherapeutin, die Dimensionen der Rehabilitation (Adaptation und Reedu-

kation) in das Behandlungsteam einzubringen. Sie lenkt den Blick auf die Selbständigkeit und Autonomie, auf die Fähigkeiten und das Potential des Klienten. Die Ergotherapeutin steht in Kontakt zum behandelnden Arzt und tauscht Informationen auch mit anderen an der Intervention beteiligten Berufsgruppen (z.B. Physiotherapie, Logopädie etc.) aus. Die Ergotherapeuten in den CMS arbeiten in den Arbeitsfeldern Orthopädie/Traumatologie, Rheumatologie, Psychiatrie, Psychiatrie im höheren Alter, Pädiatrie und Neurologie. Im Arbeitsbereich Neurologie werden Klienten mit degenerativen Erkrankungen (z.B. Morbus Parkinson) und mit neurologischen Erkrankungen (u. A. Schlaganfall) behandelt. Ziele der Behandlungen sind: Verbesserung sensorischer Funktionen, Vorbeugen von Komplikationen (z.B. Schulter-Hand-Syndrom), Training von neuropsychologischen Funktionen, Angehen von affektiven Störungen (z.B. Verhaltensstörungen), Entwicklung neuer Fähigkeiten, Lernen von Transfer und neuen Verlagerungstechniken, Einrichtung der privaten und beruflichen Umwelt, Wahl und Instruktion von Hilfsmitteln (CMS Aide et soins à domicile, 2009f).

Die ergotherapeutischen Dienstleistungen des CMS zählen zu den medizinisch-therapeutischen Behandlungsmassnahmen und werden daher vom Arzt verschrieben und durch die Grundversicherung der Krankenkasse vergütet. Bei Kindern mit angeborenen Erkrankungen ist die Invalidenversicherung für die Kostenübernahme zuständig (CMS Aide et soins à domicile, 2009f).

3.4. Methodik

Für die Bearbeitung der Fragestellung „Wie ist das Outcome von ergotherapeutischer Domizilbehandlung im Bereich ADL/IADL bei erwachsenen Klienten nach Schlaganfall?“, wurde die Form der Literaturübersicht gewählt.

Die Literaturrecherche wurde in den Datenbanken CINAHL, MEDLINE und AMED durchgeführt. Um möglichst viele treffende Ergebnisse in der Recherche zu erhalten, wurden aus der Fragestellung die Schlüsselwörter Ergotherapie, Domizilbehandlung, Schlaganfall und ADL/IADL generiert und in der englischen Übersetzung mit den entsprechenden Synonymen verwendet (siehe Anhang A). Die Synonyme pro Schlüsselwort wurden in der Suche jeweils mit *OR* verbunden. Danach wurden alle bereits mit *OR* verknüpften Teilsuchen pro Schlüsselwort mit einem *AND*

verbunden. Somit waren in der Suche alle Ergebnisse vorhanden, die jeweils mindestens ein Synonym pro Schlüsselwort beinhalteten.

Von den erhaltenen Suchergebnissen konnten viele Studien bereits aufgrund des Titels ausgeschlossen werden, da sie die Fragestellung nicht hundertprozentig abdeckten. Die verbliebenen Studien wurden mittels Durchsicht der Abstracts auf deren Relevanz geprüft und darauf weitere Studien ausgeschlossen.

Es mussten für den Einschluss die folgenden Kriterien erfüllt sein: sie sollten eine Form von ergotherapeutischer Domizilbehandlung bei Klienten untersuchen, die einen Schlaganfall erlitten haben und dabei die ADL/IADL mitberücksichtigen. Ausserdem sollten die Studien nicht älter als aus dem Jahre 1999 sein, als *RCT* (Randomised Controlled Trial; randomisierte, kontrollierte Studie) durchgeführt worden sein und eine gute methodische Qualität aufweisen. Die Qualität wurde anhand der kritischen Analyse für quantitative Studien (Law, Stewart, Pollock, Letts, Bosch & Westmorland, 1999a, 1999b) geprüft. Diese Kriterien trafen auf insgesamt sieben Studien zu, welche somit in diese Literaturübersicht eingeschlossen wurden. Zudem wurde die Menge der ausgewählten Studien für die Beantwortung der Fragestellung sowie die Erfüllung der Vorgaben dieser Arbeit (Bearbeitungszeit und Wortzahl) als angemessen eingestuft.

4. Hauptteil

4.1. Studienübersicht

4.1.1. Vorwort zur Studienübersicht

Folgendes Kapitel wird der Vorstellung der für diese Arbeit eingeschlossenen Studien gewidmet. Die Studien beinhalten verschiedene Ansätze von Domizilbehandlung. Zur besseren Verständlichkeit sind die Vorstellungen der Studien folgendermassen gegliedert: zuerst werden interdisziplinäre Domizilbehandlungen, bei denen die Klienten frühzeitig entlassen wurden, vorgestellt. Anschliessend folgen ergotherapiespezifische Domizilbehandlungen, wobei einige Domizilbehandlung allgemein und andere spezifische Interventionen untersuchten. Zuletzt wird eine Studie vorgestellt, die die Wirksamkeit von ergotherapeutischer Domizilbehandlung im Vergleich zu keiner Intervention prüft.

4.1.2. Vorstellung der Studien

Mayo et al. (2000) führten eine randomisierte, kontrollierte Studie durch, die es zum Ziel hatte, in einem kanadischen Setting (Montreal), die Wirksamkeit von einer frühzeitigen Entlassung mit anschliessender Domizilorientierter Rehabilitation auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität, die Reintegration in die Gemeinde und auf die Funktion in den ersten drei Monaten nach dem erlittenen Schlaganfall zu evaluieren. An der Studie nahmen insgesamt 114 (N=114) Klienten teil. Diese wurden per Randomisierung entweder in die Interventionsgruppe (n=58) oder in die Kontrollgruppe (n=56) eingeteilt. Zwischen den beiden Gruppen bestand kein Unterschied im durchschnittlichen Alter oder im Geschlecht. Die durchschnittlichen *CNS scores* waren ebenfalls vergleichbar für die beiden Gruppen bei 8,9. Bei der Baseline waren nur Messungen zu Behinderung und Beeinträchtigung vorhanden und diese unterschieden sich nicht in den beiden Gruppen. Beide Gruppen erhielten vor der Randomisierung dieselbe Pflege. Danach erhielt die Interventionsgruppe Rehabilitation zuhause. Dies beinhaltete eine frühzeitige Entlassung aus dem Spital mit der sofortigen Bereitstellung von Follow-up Dienstleistungen durch ein multidisziplinäres Team von Pflegefachkräften, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden und Ernährungsberatern. Die Intervention wurde jeweils von derjenigen Fachperson koordiniert, die am

meisten Kontakt zum Klienten hatte und wurde auf die individuellen Bedürfnisse des Klienten abgestimmt. Jeder Teilnehmer erhielt mindestens einmal Besuch von einer Pflegefachkraft, die darauf folgenden Heimbefuche wurden nach Bedarf vereinbart und durch telefonische Kontrollen ergänzt. Die Intervention dauerte für alle Teilnehmer vier Wochen. Nach der Intervention und zwei Monate später (3-Monate-Assessment) wurden Assessments durchgeführt. Die Beeinträchtigung oder Behinderung der Schlaganfallpatienten wurde durch den *Timed Up&Go (TUG)*, den *Barthel Index (BI)* für basale ADL (BADL), die *Older Americans Resource Scale for instrumental activities of daily living (OARS-IADL)*, den *Reintegration to Normal Living Index (RNL)* und dem *Stroke Rehabilitation Assessment of Movement (STREAM)* gemessen. Bei den Messungen der Beeinträchtigung (*STREAM und TUG*) und BADL verbesserten sich beide Gruppen signifikant, wobei die Interventionsgruppe nicht schlechter abschnitt. Bei den IADL punktete die Interventionsgruppe signifikant höher als die Kontrollgruppe gleich nach der Intervention und auch nach drei Monaten. Die Verbesserung der Gruppen zwischen der 1-Monat- zur 3-Monate-Evaluation war bescheiden. Die Interventionsgruppe verbesserte sich jedoch signifikant mehr. Die Interventionsgruppe verbesserte sich bei der Wiedereingliederung in die Gemeinde mehr als die Kontrollgruppe. Aus der Studie geht hervor, dass die frühzeitige Entlassung aus dem Spital mit anschliessender Domizilorientierter Rehabilitation, motorische und funktionale Gewinne bei Klienten nach Schlaganfall ermöglicht, die einhergehen mit natürlicher Genesung und Rehabilitation. Dies wiederum führt zu einem höheren Grad an Funktion und Zufriedenheit mit der Wiedereingliederung in die Gemeinde. Schliesslich begünstigt dies eine bessere Wahrnehmung von physischer Gesundheit.

Thorsén, Widén Holmqvist, de Pedro-Cuesta und von Koch (2005) untersuchten in einer randomisierten, kontrollierten Studie den Effekt von frühzeitiger unterstützter Entlassung aus dem Spital und weiterführender Rehabilitation zuhause fünf Jahre nach dem Schlaganfall. Ziel war es, die Überlebensrate, das *funktionale Outcome* und Veränderungen in den gesammelten Daten von Klienten, die fünf Jahre zuvor einen Schlaganfall erlitten hatten und danach Domizilbehandlung erhielten, zu evaluieren. Bei dieser Studie handelt es sich um ein Fünfjahres-Follow-Up der Studie von Widén Holmqvist et al. (1998). Von den ursprünglich 83 Klienten, nahmen 54 (30 davon in der Interventionsgruppe und 24 in der Kontrollgruppe) am Fünf-Jahres-Follow-

Up teil. Damals wurden die Klienten der Interventions- und Kontrollgruppe nach dem erlittenen Schlaganfall anfänglich medizinisch betreut und in der Stroke Unit rehabilitiert. Die Interventionsgruppe wurde anschliessend von einem Team bestehend aus Ergotherapeuten, Physiotherapeuten und Logopäden zu Hause therapiert. Dauer, Frequenz und Inhalt der Interventionen wurden mit dem Klienten und seiner Familie zusammen festgelegt. Die Behandlungsdauer betrug durchschnittlich 14 Wochen mit durchschnittlich zwölf Heimbisuchen. Im Zentrum der Behandlungen standen meist die Sprache und Kommunikation, die ADL und das Gehen. Die Klienten der Kontrollgruppe wurden, wenn erforderlich, in einer stationären Geriatrie- oder Rehabilitationsabteilung behandelt. Bezüglich der soziodemographischen Charakteristika, der Krankengeschichte und der Beeinträchtigungen und Behinderung waren sich beide Gruppen ähnlich mit Ausnahme, dass mehr Klienten der Interventionsgruppe eine Geschichte im Zusammenhang mit Schlaganfall hatten und sie wahrscheinlicher ein abnormales Computertomographiebild und eine linkshemisphärische Läsion hatten. Zudem war die durchschnittliche anfängliche Aufenthaltsdauer im Spital kürzer. Fünf Jahre nach dem Schlaganfall war bei beiden Gruppen der Median des *MMSE score* 28, der Median des *SOC scores* 78 bei der Interventionsgruppe und 80 in der Kontrollgruppe. Diese Daten waren denen der Baseline ähnlich. Die Resultate des Fünf-Jahres-Follow-Up sollten aufgrund der kurzen Interventionsdauer und der langen Dauer des Follow-Up (fünf Jahre) vorsichtig interpretiert werden. Dennoch zeigen sie auf, dass die Prozentzahl der selbständigen Klienten in den IADL in der Interventionsgruppe signifikant höher war. In beiden Gruppen ähnlich war die, durch den *FAI* evaluierte, Frequenz der sozialen Aktivitäten, wobei aber signifikant mehr Klienten der Interventionsgruppe aktiv waren in den Items Geschirr spülen, Kleider waschen und Bücher lesen. Ähnlichkeiten zwischen den beiden Gruppen bestanden in den Daten zu Stürzen und deren Konsequenzen in den vergangenen sechs Monaten. Am meisten betroffen in Bezug auf die subjektive Dysfunktion waren beide Gruppen in den Domänen Gang, Haushaltsmanagement, Erholung und Freizeitbeschäftigung. Vergleicht man die Daten über den Zeitraum von fünf Jahren, stellt sich heraus, dass die Proportion von selbständigen Klienten entsprechend dem *Katz Extended ADL Index* in den ersten zwölf Monaten nach Schlaganfall in beiden Gruppen anstieg. Zwischen zwölf Monaten und fünf Jahren folgte jedoch eine signifikante Verminderung in beiden Gruppen. Zudem verminderte sich die Frequenz der von dem *FAI*

evaluierten sozialen Aktivitäten nach dem Schlaganfall. Dennoch hatten zehn Patienten der Interventionsgruppe und neun der Kontrollgruppe bessere Scores nach dem 5-Jahres-Follow-Up als vor dem Schlaganfall. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Klienten der Interventionsgruppe in den ADL und in Bezug auf die subjektive Dysfunktion besser abschnitten als die Kontrollgruppe und dass diese Klienten nach fünf Jahren signifikant aktiver sind in zwei Haushaltsaktivitäten des *FAI*. Thor-sén et al. (2005) folgern, dass frühzeitige Entlassung aus dem Spital mit anschließender Rehabilitation Zuhause bei Klienten mit milden bis moderaten Beeinträchtigungen einen signifikant förderlichen Effekt auf die IADL fünf Jahre nach Schlaganfall hat.

Gilbertson et al. (2000) prüften in einer randomisierten, kontrollierten Studie, ob ein Kurzprogramm von ergotherapeutischer Domizilbehandlung bei Klienten mit Schlaganfall, die aus dem Spital entlassen wurden, die Regeneration verbessern kann. In die Studie eingeschlossen wurden 138 Klienten mit klinischer Schlaganfalldiagnose. Von den eingeschlossenen Teilnehmern wurden 67 in die Interventionsgruppe und 71 in die Kontrollgruppe eingeteilt. Im Vergleich zur Kontrollgruppe, weist die Interventionsgruppe bei der Baseline-Messung schwerere Schlaganfälle auf, was sich in vermehrter Hemianopsie, tieferem Score im *Barthel Index* und längerem Spitalaufenthalt äusserte. Die Klienten der Kontrollgruppe erhielten die übliche Behandlung, welche stationäre multidisziplinäre Rehabilitation, die Bereitstellung von Unterstützungsdienstleistungen und Hilfsmitteln, reguläre multidisziplinäre Besprechungen in einer Schlaganfallklinik und bei ausgewählten Patienten ein Hausbesuch vor der Entlassung oder eine Überweisung in eine medizinischen Tagesklinik, beinhaltet. Die Interventionsgruppe hingegen erhielt die übliche Behandlung und zusätzlich ein Kurzprogramm von ergotherapeutischer Domizilbehandlung. Die Interventionsdienstleistung baut auf die Klientenzentriertheit auf und wurde durch eine Fokusgruppe bestehend aus Klienten, Betreuern und ortsansässigem Ergotherapiepersonal entwickelt. Das Programm der ergotherapeutischen Domizilbehandlung dauerte sechs Wochen und beinhaltete ungefähr zehn Besuche mit der Dauer von 30 – 45 Minuten. Die Behandlung wurde den von den Klienten identifizierten Rehabilitationszielen angepasst. Die Aufgabe der Therapeutin war es, mit dem Klienten auf dessen Ziel hinzuwirken und mit anderen Dienststellen für Ratschläge, Dienstleistungen und Ausrüstung in Verbindung zu treten. Genauere Angaben zur ergotherapeuti-

schen Domizilbehandlung werden in der Studie nicht beschrieben. In der Studie wurden hauptsächlich die IADL anhand der *Nottingham extended activities of daily living scale* und das *globale Outcome* der Verschlechterung gemäss dem *Barthel activities of daily living index* oder Tod gemessen. Zusätzlich wurde das *funktionale Outcome*, die Klientenzufriedenheit und der Gebrauch von Ressourcen erfasst. Die Resultate zeigen, dass die Interventionsgruppe bei dem Interview-Follow-up nach acht Wochen einen 4.8 Punkte höheren *Nottingham score* erzielte als die Kontrollgruppe. Ausserdem hatten signifikant weniger Klienten der Interventionsgruppe ein schlechtes *globales Outcome*. Bei dem erneuten Follow-up per Post nach sechs Monaten waren diese Resultate nicht mehr signifikant. Gilbertson et al. (2000) räumen jedoch ein, dass die Abschwächung der Resultate nach sechs Monaten eine Folge der Methode des Follow-ups sein oder aber auf einen vergänglichen Effekt des Rehabilitationsinputs hinweisen könnte. Trotz allem schätzen Gilbertson et al. (2000), dass sich wahrscheinlich mehr Klienten der Interventionsgruppe verbessert haben, da die Veränderung in den *Barthel index scores* dieser Klienten signifikant besser war als in der Kontrollgruppe. Die Studie weist daraufhin, dass Klienten mit Schlaganfall, die eine stationäre multidisziplinäre Behandlung erhalten haben, von einem Kurzprogramm von ergotherapeutischer Domizilbehandlung profitieren können und es demzufolge auch Sinn macht, die Rehabilitation nach der Entlassung aus dem Spital weiterzuführen.

In ihrer randomisierten, kontrollierten Studie untersuchten Baskett, Broad, Reekie, Hocking und Green (1999) das Outcome eines Programmes, welches gestaltet wurde, um die Verantwortung für die weiterführende Rehabilitation zuhause zu teilen. Dies sollte anhand eines Besuches von einem Ergo- und/oder Physiotherapeuten einmal wöchentlich erfolgen. Hauptziele waren es, die Durchführbarkeit eines solchen Programmes darzustellen, aufzuzeigen dass das Outcome für die Experimentalgruppe nicht schlechter ausfallen wird, sowie zu identifizieren, ob sich der Stress für die Unterstützungspersonen durch heimbasierte Therapie reduziert oder nicht. Die insgesamt 100 Studienteilnehmer wurden alle zwischen August 1993 und September 1995 aufgrund eines akuten Schlaganfalls ins *North Shore Hospital* in Takapuna (Neuseeland) eingewiesen. Noch vor Spitalaustritt wurden die Teilnehmenden randomisiert der Kontrollgruppe (50 Personen) und der Experimentalgruppe (50 Personen) zugeteilt. Es gab keine signifikanten Unterschiede der Charakteristika dieser

Gruppen. Die Teilnehmenden der Kontrollgruppe wurden nach Spitalaustritt entweder dem *Health Services for Older People day hospital programme* oder dem zuständigen Physio- und/oder Ergotherapeuten der ambulanten Abteilung des Spitals zugewiesen. Die Klienten, welche die Tagesklinik besuchten, wurden durch ein multidisziplinäres Team erfasst und es erfolgten Zielsetzungen. Um ein therapeutisches Programm zu absolvieren, besuchten die Klienten jeweils zwei bis dreimal pro Woche (maximal fünf Stunden pro Besuch) die Tagesklinik. Jüngere Klienten, welche nur Physiotherapie oder Ergotherapie benötigten, wurden direkt der zuständigen ambulanten Abteilung zugewiesen. Die Teilnehmenden der Experimentalgruppe wurden einige Tage nach dem Spitalaustritt vom forschenden Physiotherapeuten und Ergotherapeuten besucht. Dabei wurden ihre Bedürfnisse, fortlaufende Rehabilitationsziele sowie auch die Umgebung der Person erfasst. In Zusammenarbeit mit dem Teilnehmer wurde ein Programm mit Übungen und Aktivitäten zusammengestellt, welches die Person während der kommenden Woche weiterführen konnte. Das Therapieprogramm wurde in ein personalisiertes Tagebuch eingefügt, welches, falls nötig, während der aktiven Behandlungszeit angepasst wurde. Die Therapeutenbesuche hatten jeweils zum Ziel, den Klienten im selbstgesteuerten Therapieprogramm zu beraten. Diese fanden einmal wöchentlich während maximal 13 Wochen statt. Aktive Interventionen, im Sinne von *Hands-on*-Therapie, kamen nur zum Zug, wenn der Therapeut es für sinnvoll erachtete. Dies wurde jeweils separat deklariert. Die Erfassung der ADL durch den *modified BADL* ergab bei allen drei Messungen (Baseline, nach sechs Wochen und nach drei Monaten) keine signifikanten Unterschiede zwischen der Kontroll- und der Experimentalgruppe. Baskett et al. (1999) zeigen mit der Studie auf, dass ein wöchentlicher Besuch durch einen Physio- und/oder Ergotherapeuten, um ein Programm mit einfachen Aktivitäten aufzugleisen, zu betreuen und zu ermutigen, so effektiv ist, als wenn der Klient eine ambulante Klinik oder eine Tagesklinik besucht.

Chiu und Man (2004) untersuchten in einer randomisierten, kontrollierten Studie den Effekt von heimbasierter Schulung von älteren Erwachsenen mit einem Schlaganfall im Gebrauch von Hilfsmitteln für das Bad. Es wurden 53 Personen aus Hong Kong in die Studie mit eingeschlossen, welche randomisiert der Kontrollgruppe (23 Personen) und der Interventionsgruppe (30 Personen) zugeteilt wurden. Bei der Baseline-Messung gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Grup-

pen. Bei den Teilnehmern der Kontrollgruppe erfolgte noch vor dem Spitalaustritt ein Besuch zuhause um ein, für den Klienten, zweckmässiges Umfeld zu gewährleisten. Weiter erhielten sie vor dem Spitalaustritt Erklärungen zum Gebrauch der Hilfsmittel für das Badezimmer, sowie Möglichkeiten den Umgang mit diesen Hilfsmitteln zu üben. Die Teilnehmer der Interventionsgruppe erhielten neben den Erklärungen und Übungsmöglichkeiten vor dem Spitalaustritt, nach dem Austritt noch ein heimbasiertes Training zum Gebrauch der Hilfsmittel, welches zwei bis drei Einheiten beinhaltete und durch einen Ergotherapeuten durchgeführt wurde. Die Resultate zeigten, dass die Teilnehmer der Interventionsgruppe im Gebrauch der Hilfsmittel zufriedener waren. Weiter war die Häufigkeit des Hilfsmittelgebrauchs bei der Interventionsgruppe mit 96.7% höher, als in der Kontrollgruppe mit 56.5%. Zudem wiesen die Teilnehmer der Interventionsgruppe eine bessere funktionale Performanz und ein höheres Level an Selbständigkeit auf. Drei Monate nach der Spitalentlassung konnten 25 Teilnehmer der Interventionsgruppe selbständig baden, während dies nur bei neun Teilnehmern der Kontrollgruppe möglich war. Die Studie zeigte auf, dass ein heimbasiertes, ergotherapeutisches Training die Zufriedenheit im Umgang, sowie auch die Gebrauchsrate der Hilfsmittel erhöhen kann und weiter die Selbständigkeit steigert.

Logan, Gladman, Avery, Walker, Dyas und Groom (2004) evaluierten in ihrer randomisierten, kontrollierten Studie eine ergotherapeutische Intervention mit dem Ziel der Verbesserung der ausserhäuslichen Mobilität. In die Studie wurden 168 Personen eingeschlossen, welche in den letzten 36 Monaten einen Schlaganfall erlitten haben. Davon wurden 86 Personen der Interventionsgruppe zugeteilt und 82 der Kontrollgruppe. Die Charakteristika der beiden Gruppen wiesen bei der Baseline-Messung keinen signifikanten Unterschied auf. Vor der Randomisierung erhielten alle Teilnehmer einen Hausbesuch, bei welchem die Baseline-Daten erhoben wurden, sowie eine Ergotherapie-Einheit erfolgte. Diese beinhaltete Rat, Ermutigung und die Abgabe eines Merkblatts über die lokalen Dienste im Bereich Mobilität. Bei den Teilnehmern der Interventionsgruppe fanden in einer Zeitspanne von bis zu drei Monaten zusätzlich bis zu sieben Einzelinterventionen in deren Zuhause statt. In einem klinischen Assessment wurden Barrieren für ausserhäusliche Mobilität eruiert und darauf aufbauend gemeinsam Ziele festgelegt, welche durch das Interventionsprogramm erreicht werden sollten. Schwerpunkte des Programmes waren im Allgemeinen: die Weitergabe von Information, der Gebrauch oder die Anpassungen von ge-

ringfügigen Hilfsmitteln (z.B. ein Gehstock) sowie die Überwindung von Sorgen und Ängsten. Die Teilnehmer der Interventionsgruppe hatten im Durchschnitt 4.7 Besuche mit einer durchschnittlichen Gesamtkontaktzeit von 230 Minuten. Zur Hauptmessung werteten Logan et al. (2004, S. 1373) die Fragen „Gehen sie so häufig aus dem Haus wie gewünscht?“ sowie „Wie viele Unternehmungen haben Sie im letzten Monat durchgeführt?“ aus. Weiter wurden die Werte der *Nottingham extended activities of daily living scale (EADL)*, des *Nottingham leisure questionnaire (NLQ)* und des *12 Item version of general health questionnaire (GHQ-12)* verwendet. Nach vier Monaten waren die Mobilitätswerte der *EADL-scale* signifikant höher in der Interventionsgruppe als in der Kontrollgruppe. Die Unterschiede im Totalwert sowie bei anderen Unterwerten der *EADL-scale*, des *NLQ* und des *GHQ-12* zeigten jedoch keine statistische Signifikanz. Nach zehn Monaten wurden keine signifikanten Unterschiede bei den Werten festgestellt. Bei beiden Messungen, nach vier und nach zehn Monaten, gingen die Teilnehmer der Interventionsgruppe eher so viel sie es sich wünschten aus dem Haus und machten mehr Unternehmungen im Monat vor der Messung. Bei der Messung nach vier Monaten machte die Interventionsgruppe im Median 16 Unternehmungen mehr als bei der Baseline, verglichen mit einer Median-Veränderung von Null bei der Kontrollgruppe. Im Vergleich der Messungen nach vier und nach zehn Monaten ergab es bei beiden Gruppen eine Median-Veränderung von Null. Logan et al. (2004) erwähnen, dass die Resultate der Studie zeigen, dass eine einfache ergotherapeutische Intervention, die ausserhäusliche Mobilität, kurzfristig und langfristig gesehen, erfolgreich erhöhen kann, da die Therapieeffekte über die Zeit erhalten blieben.

Walker, Gladmann, Lincoln, Siemonsma und Whiteley (1999) führten eine randomisierte, kontrollierte Studie durch, mit dem Ziel, die Wirksamkeit einer ergotherapeutischen Intervention bei Personen zu erfassen, die einen Schlaganfall erlitten haben und nicht hospitalisiert wurden. Dies aufgrund des Fakts, dass in Grossbritannien 22-60% aller Schlaganfall-Klienten nicht hospitalisiert werden und viele keine Rehabilitation erhalten. Die Teilnehmer wurden aus dem *Community Stroke Register* ermittelt. Es wurde bei allen die klinische Schlaganfalldiagnose gestellt, wobei der Schlaganfall weniger als einen Monat zurücklag. Von den insgesamt 185 eingeschlossenen Klienten wurden 94 Personen randomisiert der Ergotherapie-Gruppe und 91 Personen der Kontrollgruppe zugeteilt. Die Baseline-Messung erfolgte vor der

Randomisierung bei den Klienten zuhause. Die ADL wurden mit dem *Barthel Index* und der *EADL-scale* erfasst. Personen, welche der Ergotherapie zugeteilt wurden, erhielten Besuche eines forschenden Ergotherapeuten während bis zu fünf Monaten. Das Ziel der Therapie war jeweils Unabhängigkeit in den persönlichen und instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens. Persönliche Pflege beinhaltete Aktivitäten wie Baden, Essen, Ankleiden und Treppenmobilität. IADL beinhaltete Aktivitäten wie ausserhäusliche Mobilität, Autofahren, Benutzung der öffentlichen Transportmittel sowie Haushaltsaufgaben. Die Klienten wurden ebenfalls ermutigt Freizeitaktivitäten auszuführen. Der Fokus der Therapie lag eher auf der aktiven Intervention als auf Assessments oder der Kombination von beidem. Spezifische Aufgaben wurden, wenn möglich, als Hausaufgabe gegeben. Klienten der Kontrollgruppe erhielten durch die forschende Ergotherapeutin keinen zusätzlichen therapeutischen Input, möglicherweise aber Inputs von anderen bestehenden Diensten. Die Analyse der Resultate beinhaltete nur die Daten der 163 Personen, welche komplett erfasst werden konnten. 22 Personen zogen sich aus der Studie zurück oder verstarben. Die Ergotherapiegruppe erhielt durchschnittlich 5.8 Besuche und die durchschnittliche Länge jedes Besuchs lag bei 52 Minuten. Bei der Follow-up Messung nach sechs Monaten erzielten die Teilnehmer der Ergotherapiegruppe signifikant höhere Werte bei der *EADL scale* und dem *Barthel Index* als die Teilnehmer der Kontrollgruppe. Walker et al. (1999) weisen darauf hin, dass Ergotherapie die Behinderung und Arbeitsunfähigkeit bei Klienten nach einem Schlaganfall, welche nicht hospitalisiert wurden, signifikant reduziert.

4.1.3 Anmerkungen

Es ist zu erwähnen, dass bei Studien zur Domizilbehandlung, wie sie hier zusammengetragen wurden, eine Verblindung der Teilnehmer sowie des ausführenden Therapeuten jeweils nicht möglich ist. Eine Verblindung des Datenerhebers ist jedoch möglich.

Da es in den Studien um die Untersuchung von Domizilbehandlung geht, kann der unterschiedliche Behandlungsort für die beiden Gruppen (Interventions- und Kontrollgruppe) nicht als systematischer Fehler betrachtet werden. Weiter kann für die Interventionsgruppe jeweils kein standardisiertes Setting für die Behandlungen gebo-

ten werden, da die Interventionen bei den Teilnehmern zuhause stattfinden und das Umfeld somit individuell gestaltet ist.

Im Weiteren ist anzumerken, dass in einigen Studien (Baskett et al., 1999; Chiu et al., 2004 & Logan et al. 2004) jeweils nur ein Instrument zur Erfassung der ADL/IADL benutzt wurde. Dies kann als systematischer Fehler betrachtet werden, da mit dem Messinstrument evtl. andere Anteile der ADL gemessen werden, wie sie in der Intervention als Schwerpunkt vorkommen. Bei den Studien von Chiu et al. 2004 und Logan et al. 2004 wurde jeweils nur eine Aktivität der ADL untersucht und diese Aktivität durch das Stellen von weiteren Fragen erfasst. Somit kann der mögliche systematische Fehler minimiert werden. Bei der Studie von Baskett et al. 1999 standen die ADL nicht im Hauptfokus, sondern die Überprüfung eines Programmes als Interventionsform, wobei die ADL auch überprüft wurden. Bezüglich der Erfassung der ADL könnte somit ein systematischer Fehler aufgetreten sein.

4.2. Diskussion

4.2.1. Qualität der Studien

Die im Hauptteil vorgestellten Studien sind alles *Randomised Controlled Trials* (RCT; randomisierte, kontrollierte Studien). Im Allgemeinen kann man sagen, dass diese Studien, gemäss der Evidenzpyramide (siehe Abbildung 4) auf der zweithöchsten Stufe einzuordnen sind, was auf eine hohe externe Evidenz hinweist. Wobei zu erwähnen ist, dass innerhalb der RCT's qualitative Unterschiede vorhanden sein können. Die Qualität der einzelnen Studien wurde durch die kritische Analyse für quantitative Studien (Law et al., 1999a, 1999b) überprüft und qualitative Mängel konnten aufgedeckt werden.



Abbildung 4. Evidenzpyramide.

4.2.2. Gegenüberstellung der Studien

Die ergotherapeutischen Domizilbehandlungen, wie sie in den Hauptstudien dargestellt werden, unterscheiden sich in vielen Aspekten, die im Folgenden erläutert werden.

Je nach Studie wurden die Domizilbehandlungen interdisziplinär (Mayo et al., 2000; Thorsén et al., 2005), in der Kollaboration von Ergotherapeuten und Physiotherapeuten (Baskett et al., 1999) oder durch Ergotherapeuten als einzige Disziplin (Chiu et al., 2004; Gilbertson et al., 2000; Logan et al., 2004; Walker et al., 1999), durchgeführt.

Bei den meisten Studien erfolgte die Domizilbehandlung jeweils direkt nach Spitalaustritt, wobei in zwei Studien (Mayo et al., 2000; Thorsén et al., 2005) eine frühzeitige, unterstützte Entlassung aus dem Spital mit Domizilbehandlung kombiniert wurde. Eine Studie (Walker et al., 1999) schloss Klienten ein, welche nicht hospitalisiert wurden. Bei einer weiteren Studie (Logan et al., 2004) nahmen Klienten teil, die wieder Zuhause wohnten und die Akutbehandlung schon länger erfolgte.

Der erlittene Schlaganfall lag bei den von Walker et al. (1999) untersuchten Klienten maximal einen Monat zurück, bei den Klienten aus der Studie von Logan et al. (2004) hingegen maximal 36 Monate. In den weiteren fünf vorgestellten Studien wurden keine Angaben darüber gemacht, wie lange nach Schlaganfall die Domizilbehandlung angesetzt wurde. Der Zeitpunkt nach Schlaganfall und somit auch die natürliche Genesung, könnten einen Einfluss auf die Therapieresultate haben, was Mayo et al. (2000) in ihrer Schlussfolgerung berücksichtigten. Für die Vergleichbarkeit der Studien wäre es sinnvoll, über diese Daten zu verfügen.

Die vorgestellten Studien unterscheiden sich stark in Bezug auf die Behandlungszeitspanne, die Dauer der einzelnen Behandlungseinheiten und die Anzahl der Besuche. Dies ist in folgender Tabelle ersichtlich. Aufgrund der grossen zeitlichen Differenzen ist ein direkter Vergleich der Studien und ihren Behandlungsprogrammen nicht möglich.

| Studie | Behandlungszeitspanne | Dauer der Behandlungseinheit | Anzahl Besuche |
|--------------------------|---------------------------------------|---|--|
| Mayo et al. (2000) | 4 Wochen | Keine Angaben | Im Durchschnitt 4 ET (6 PT, 2 Logopädie, 2.5 Pflege) |
| Thorsén et al. (2005) | Durchschnittlich 14 Wochen | Dauer, Frequenz und Inhalt wurde mit Klient und Familie bestimmt. | Durchschnittlich 12, von allen Disziplinen |
| Gilbertson et al. (2000) | 6 Wochen | 30 bis 45 Minuten | Ca. 10 ET |
| Baskett et al. (1999) | Durchschnittlich 8 Wochen (56,1 Tage) | Gesamtzeit im Durchschnitt 8,75 Stunden. Keine Angaben zu der Dauer der einzelnen Behandlungseinheiten. | Durchschnittlich 9,2 ET und/oder PT |
| Chiu et al. (2004) | Keine Angaben | Keine Angaben | Durchschnittlich 2,74 ET |
| Logan et al. (2004) | Bis zu 3 Monate | Totale Kontaktzeit pro Person beträgt 230 Min. Zu der Länge der einzelnen Behandlungseinheiten gibt es keine Angaben. | Durchschnittlich 4,7 ET |
| Walker et al. (1999) | Bis zu 5 Monate | Durchschnittliche Länge pro Besuch 52 Min. | Durchschnittlich 5,8 ET |

In allen Studien wiesen die Klienten eine klinische Schlaganfalldiagnose auf, wobei Gilbertson et al. (2000) Klienten mit subarachnoidaler Hämorrhagie und Thorsén et al. (2005) Klienten mit progressivem Schlaganfall, mit einem subduralen Hämatom oder subarachnoidaler Hämorrhagie ausschlossen. Oft ausgeschlossen wurden auch Klienten mit schweren kognitiven (Chiu et al., 2004; Gilbertson et al., 2000; Mayo et al., 2000; Thorsén et al., 2005; Walker et al., 1999) oder kommunikativen Beeinträchtigungen (Chiu et al., 2004; Gilbertson et al., 2000), die die Durchführung der Studie erschwert hätten. Bei einigen Studien (Chiu et al., 2004; Mayo et al., 2000) musste eine Betreuungsperson zuhause zur Verfügung stehen. Zusammenfassend kann man sagen, dass schwer betroffene Klienten, die einen Schlaganfall erlitten haben, oft ausgeschlossen wurden und somit nur ein geringfügiger Teil dieser Klientengrup-

pe in den Studien untersucht wurde. Mayo et al. (2000) erwähnen in der Diskussion ihrer Studie, dass die Generalisierbarkeit der Resultate schwierig sei, da randomisierte Studien oft nur eine geringe Prozentzahl aller Personen mit demselben Problem einschliessen und ihre Studie dabei keine Ausnahme bildet.

Bei vier Studien (Baskett et al., 1999; Gilbertson et al., 2000; Mayo et al., 2000; Thorsén et al., 2005) richtete sich der Inhalt der Behandlungen nach den Bedürfnissen, Interessen und Zielen des Klienten, wobei der häufigste Fokus bei Thorsén et al. (2005) auf der Sprache, der Kommunikation, den ADL und dem Gehen lag. Bei Walker et al. (1999) wurde in den Behandlungen die Unabhängigkeit in den ADL/IADL als Ziel angestrebt. Bei zwei Studien wurden spezifische Interventionen angewendet. Logan et al. (2004) legten den Schwerpunkt auf die ausserhäusliche Mobilität. Die Behandlungen beinhalteten die Eruiierung von Barrieren, die Weitergabe von Informationen, der Gebrauch, die Abgabe und die Anpassungen von geringfügigen Hilfsmitteln (z.B. Gehhilfen) und die Überwindung von Sorgen und Ängsten. Der Fokus von Chiu et al. (2004) hingegen lag auf der Demonstration und der Anwendung von Hilfsmitteln für das Baden, sowie der Überprüfung der Sicherheit in der Anwendung. Auch in Bezug auf die Behandlungsinhalte zeigt sich wiederum die Vielfalt der ergotherapeutischen Domizilbehandlung, welche aber auch die Vergleichbarkeit erschwert. Die Interventionen wurden teilweise nur ungenügend beschrieben, was sich negativ auf die Übertragbarkeit in den therapeutischen Alltag auswirkt.

Allgemein zeigen die Resultate der vorgestellten Studien auf, dass Domizilbehandlungen bei Klienten, die einen Schlaganfall erlitten haben, im Bezug auf das funktionale Outcome in den Bereichen ADL/IADL gleich wirksam oder besser sind als die jeweiligen Vergleichsinterventionen. Baskett et al. (1999) zeigen, dass ein ergotherapeutisches und/oder physiotherapeutisches Domizilbehandlungsprogramm gleich effektiv ist, wie eine Behandlung in einer ambulanten Klinik oder einer Tagesklinik. In den Studien von Mayo et al. (2000) und Thorsén et al. (2005) zeigte sich, dass eine frühzeitig unterstützte Entlassung aus dem Spital mit anschliessender interdisziplinärer Domizilbehandlung effektiv ist. Im Bereich der ADL zeigten die Klienten der Interventionsgruppe beider Studien gleich gute oder bessere Resultate. Bei den IADL hingegen, erzielten die Klienten der jeweiligen Interventionsgruppe höhere Werte. Zu erwähnen ist jedoch, dass der Therapieerfolg auf der interdisziplinären

Zusammenarbeit beruht und nicht alleine auf die ergotherapeutische Intervention zurückzuführen ist. Jedoch zeigen die Studien von Chiu et al. (2004), Gilbertson et al. (2000), Logan et al. (2004) und Walker et al. (1999), dass auch rein ergotherapeutische Domizilbehandlungen wirksam sind. In der Studie von Gilbertson et al. (2000) erzielten die Klienten der Interventionsgruppe nach acht Wochen einen höheren Wert in den IADL. Dieser Unterschied war jedoch nach sechs Monaten nicht mehr signifikant. Im Bereich der ADL wies die Interventionsgruppe jedoch signifikant höhere Werte im *Barthel Index* auf. Die Mobilitätswerte des *Nottingham EADL* waren nach vier Monaten in der Interventionsgruppe in der Studie von Logan et al. (2004) signifikant höher, erreichten nach zehn Monaten jedoch keine Signifikanz mehr. Zudem machten die Klienten der Interventionsgruppe nach vier Monaten im Median 16 Unternehmungen mehr im Vergleich zur Baseline. Die Kontrollgruppe zeigte diesbezüglich keine Veränderung. Die Resultate der Studie von Chiu et al. (2004) zeigen, dass die Gebrauchsrate von Hilfsmitteln für das Baden in der Interventionsgruppe höher war. 25 Klienten der Interventionsgruppe waren selbständig im Baden, im Vergleich zu lediglich neun aus der Kontrollgruppe. Bei Walker et al. (1999) waren die Werte in den ADL und IADL in der Interventionsgruppe signifikant höher als in der Kontrollgruppe.

Während die meisten vorgestellten Studien ihre Follow-Up-Messungen bis maximal zehn Monate nach der Baseline-Messung durchführten, zeigten Thorsén et al. (2005), dass die Klienten der Interventionsgruppe nach frühzeitiger Entlassung aus dem Spital mit anschliessender Rehabilitation zuhause nach fünf Jahren in den ADL besser abschnitten als die Kontrollgruppe und dass diese Intervention einen signifikant förderlichen Effekt auf die IADL fünf Jahre nach Schlaganfall hat. Daraus lässt sich schliessen, dass Domizilbehandlungen bei Klienten, die einen Schlaganfall erlitten haben, je nach Programm sowohl kurzfristig als auch langfristig positive Outcomes in Bezug auf ADL/IADL ermöglichen können.

Alle vorgestellten Studien, ausser der von Chiu et al. (2004), stammen aus Ländern mit westlicher Kultur, wobei vier Studien (Gilbertson et al., 2000; Logan et al., 2004; Thorsén et al., 2005; Walker et al., 1999) europäischen Ursprungs sind. Keine der vorgestellten Studien kommt aus der Schweiz oder aus einem deutschsprachigen Land. Bei der Implementierung einer dieser Domizilbehandlungsprogramme in

der Schweiz, müsste dies berücksichtigt und an die schweizerische Kultur, sowie an die politischen und sozioökonomischen Gegebenheiten angepasst werden. Da die Schweiz ebenfalls zu Europa und somit dem westlichen Kulturkreis angehört, sollte eine Übertragung der Domizilbehandlungsprogramme aufgrund der kulturellen Rahmenbedingungen mit geringfügigen Anpassungen möglich sein. Da Chiu et al. (2004) ihre Studie in Hongkong (China), in einem östlichen Land mit kollektivistischer Gesellschaft, durchführten, sollte eine Übertragung in die westliche Kultur genauer überprüft werden.

4.3. Theorie-Praxis-Transfer

In der gemeinde-basierten Rehabilitation, wie sie von ILO et al. (2004) beschrieben wird, kann die ergotherapeutische Domizilbehandlung innerhalb der Komponente Gesundheit zu allen Elementen (Förderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Hilfsmittel) einen Beitrag leisten. Die, in dieser Arbeit vorgestellten, Domizilbehandlungsprogramme fokussieren jedoch auf die Elemente der Rehabilitation und der Hilfsmittel. Für die ergotherapeutische Praxis bedeutet dies, dass Ergotherapeuten mit ihrer Arbeit und ihrem Fachwissen einen Beitrag in der gemeinde-basierten Rehabilitation leisten können. Die Komponente Gesundheit in der gemeinde-basierten Rehabilitation sollte dabei als zukünftiges Entwicklungsfeld und somit auch als mögliche Erweiterung des Berufsfeldes der Ergotherapie betrachtet werden.

Zwei der vorgestellten Studien (Mayo et al., 2000; Thorsén et al., 2005) beinhalteten eine frühzeitige, unterstützte Entlassung aus dem Spital mit anschliessender interdisziplinärer Domizilbehandlung bei den Klienten zuhause. Diese beiden Studien wiesen eine gute Wirksamkeit auf. Daraus lässt sich schliessen, dass es sich lohnt, die, im stationären Setting bewährte, interdisziplinäre Zusammenarbeit auf die Domizilbehandlung auszuweiten. Dabei gilt es jedoch abzuklären, wo andere Disziplinen in der Entwicklung von Domizilbehandlungsprogrammen innerhalb der gemeinde-basierten Rehabilitation stehen und nach welchem ideologischen Modell (biomedizinisches oder biopsychosoziales Modell) sie sich orientieren. Die Beteiligung einer Berufsgruppe in der gemeinde-basierten Rehabilitation, erfordert gemäss Scaffa (2001) einen Paradigmenwechsel vom traditionellen, spitalbasierten, medizinischen Modell zu einem gemeinde-basierten Modell. Gerade dies, ist in der Schweiz problematisch, da laut Müller (2004) das schweizerische Gesundheitssystem auf dem

medizinischen Modell basiert und der Wechsel zu einer ganzheitlichen Perspektive noch nicht vollzogen wurde. Die Möglichkeiten von schweizer Ergotherapeuten, gemeinde-basiert zu arbeiten, sind daher limitiert.

Wie aus den Ausführungen zu den vorgestellten Studien entnommen werden kann, sind die, in diesen Studien durchgeführten, Domizilbehandlungsprogramme effektiv und daher auch relevant für die ergotherapeutische Praxis. Im Folgenden wird daher aufgezeigt, inwiefern die Inhalte der vorgestellten Studien in die ergotherapeutische Praxis übertragbar sind.

Logan et al. (2004) bestärken, dass nicht nur die forschende Ergotherapeutin ein solches Programm umsetzen kann. Auch andere motivierte Ergotherapeuten, welche auf die Art der verwendeten Interventionen geschult wurden, sind dazu fähig. Sie weisen jedoch darauf hin, dass die Resultate möglicherweise nicht übertragbar sind, wenn die Interventionen durch ungeschulte Personen durchgeführt werden, die Behandlungsdauer erheblich kürzer ist als in der Studie oder einige Elemente der Intervention nicht gewährleistet werden können.

Die Resultate von Chiu et al. (2004) zeigen auf, dass ein Üben des Umgangs mit den Hilfsmitteln für das Baden während des Klinikaufenthaltes allein nicht reicht, um die weitere Verwendung der Hilfsmittel zu gewährleisten oder ein möglichst selbständiges Baden zu ermöglichen. Eine Intervention von durchschnittlich 2.74 Einheiten bei den Klienten zuhause zeigte jedoch, dass dadurch die Hilfsmittel fast immer verwendet wurden und diese Klienten beim Baden deutlich selbständiger waren. Obwohl die Resultate von Chiu et al. (2004) nicht auf den Gebrauch von allen Hilfsmitteln übertragen werden können, sollten Ergotherapeuten bei der Abgabe von Hilfsmitteln in der Praxis, wenn immer möglich, versuchen, den Umgang mit diesen Hilfsmitteln mit dem Klienten im natürlichen Setting, seinem Zuhause, zu erproben und nach einer gewissen Zeit die Anwendungssicherheit auch direkt in diesem Setting zu überprüfen. Offene Fragen oder Probleme in der Anwendung sollten Zuhause mit dem Klienten oder den Angehörigen geklärt werden.

Sobald es in der Domizilbehandlung nicht mehr um eine spezifische Intervention alleine geht, sondern ein gesamtes Programm dahinter steht (wie z.B. bei der frühzeitigen Entlassung aus dem Spital mit anschliessender interdisziplinärer Rehabilitation zuhause (Mayo et al., 2000; Thorsén et al., 2005)), wird die Umsetzung in die Praxis

für einen Ergotherapeuten alleine schwierig bis unmöglich, da dazu viele Rahmenbedingungen vorhanden sein müssen. Laut ILO et al. (2004) muss, für eine erfolgreiche Umsetzung, folgendes gewährleistet sein: die Unterstützung auf nationaler Ebene durch entsprechende politische Strategien, die Koordinierung und die Bereitstellung der dazu nötigen Mittel. Weiter muss klar sein, dass die Menschenrechte als Basis für ein solches Programm dienen sollten. Ausserdem sind die Bereitschaft der Gemeinde, auf die Bedürfnisse der Menschen mit Behinderungen einzugehen und das Vorhandensein von motivierten Sozialarbeitern nötig.

Gemäss der WHO (2004) kann es nicht ein einziges Modell von gemeindebasierter Rehabilitation für die ganze Welt geben, weil in allen Gemeinden Unterschiede bezüglich Land, Kultur, politischem System, sozio-ökonomischen Bedingungen und vielen anderen Faktoren bestehen. Für die Praxis ist es aber unabdingbar, evidenz-basierte Guidelines zu entwickeln, die die Implementierung von gemeindebasierter Rehabilitation unterstützen und grundlegende Massstäbe setzen.

Der Bereich der Angehörigenbetreuung und deren Einbezug in die ergotherapeutische Arbeit, lagen nicht im Fokus der vorliegenden Arbeit. In Bezug auf die Angehörigen können jedoch aus den Studien, die im Folgenden beschrieben, Schlüsse gezogen werden. Gemäss Weiss et al. (2004) wirkt sich das physische und soziale Umfeld zuhause unterstützend auf die Involvierung der Klienten und deren Betreuer in die Entscheidungsfindung aus und trägt auch zu erhöhter Einsicht und Motivation bei. Mayo et al. (2000) unterstützen diese Aussage, indem sie verdeutlichen, dass es im häuslichen Umfeld möglicherweise leichter fällt auf die dringenden Gesundheitsanliegen und Bedürfnisse des Klienten und seiner Familie zu fokussieren. Ausserdem berichten sie auch darüber, dass die Domizilbehandlung die Familien darin bestärkte, aktiv in der Behandlung mitzuwirken. Baskett et al. (1999) zeigen auf, dass die Betreuungspersonen der Klienten mit Domizilbehandlung im Gegensatz zu den Betreuungspersonen der Klienten der Kontrollgruppe, nach den therapeutischen Interventionen eher Verbesserungen wahrnahmen. Sie vermuten, dass sich diese Betreuungspersonen besser unterstützt fühlten und von den Diskussionen und Betreuungen während der Besuche des Therapeuten profitieren konnten. Hingegen kamen die Betreuungspersonen von Personen der Kontrollgruppe möglicherweise weniger einfach zu Informationen oder praktischer Anweisung, da die Klienten je-

weils meist alleine in die ambulante Klinik oder die Tagesklinik gingen. Weiter beleuchteten Baskett et al. (1999), dass die Depressionswerte gemessen mit dem *28-Item General Health Questionnaire (GHQ-28)* bei den Betreuungspersonen der Interventionsgruppe höher waren als bei der Kontrollgruppe. Im Vergleich der Totalwerte des *GHQ-28* wiesen die Betreuungspersonen der Interventionsgruppe jedoch einen besseren allgemeinen Gesundheitszustand auf. Auch Walker et al. (1999) sagen aus, dass sich die depressiven Symptome bei den Betreuungspersonen der Klienten mit Domizilbehandlung nicht reduzierten. Die Belastung, gemessen mit dem *Carer Strain Index*, wurde bei den Hauptbetreuungspersonen der Klienten mit Domizilbehandlung jedoch signifikant verkleinert. Daraus lässt sich schliessen, dass der Einbezug der Angehörigen durch Domizilbehandlung einfacher möglich ist und diese eher einen Therapieerfolg beobachten. Dies impliziert aber auch, dass die behandelnde Ergotherapeutin auch wirklich klientenzentriert vorgeht und auf die Bedürfnisse und Wünsche der Klienten und deren Angehörigen eingeht, sie berät und instruiert. Aufgrund des besseren Allgemeinzustandes scheint es, dass die Domizilbehandlung als entlastender Faktor auf die Angehörigen wirkt. Es ist jedoch wichtig, auf mögliche Überforderungen der Betreuungspersonen zu achten und diese durch gezielte Unterstützung zu minimieren.

Die Bedeutung des Zuhauses für den Menschen ist sehr vielseitig. Klar ist jedoch, dass das Zuhause einen zentralen Platz hat in dessen Leben. Dahlin-Ivanoff et al. (2007) betonen die Wichtigkeit für den Ergotherapeuten, in die Welt der Bedeutung des Zuhauses für die Klienten einzutauchen und dies auch während der ergotherapeutischen Interventionen (z.B. Abgabe von Hilfsmitteln) zu reflektieren und zu berücksichtigen. Sie erwähnen aber auch die Gefahr, dass Menschen mit beginnenden funktionalen Einschränkungen ihr Zuhause als privates Territorium verlieren können, wenn es zu einem Arbeitsplatz für viele Personen wird. Diese Gefahr lässt sich aber mit einer reflektierten und respektvollen Haltung gegenüber dem Klienten, seiner Familie und deren Zuhause vermindern. Auch Hasselkus (2002) betont den Wert der Einfühlung der Therapeutin in die Bedeutung des Zuhauses für den Klienten, was eine Voraussetzung dafür sei, dass ergotherapeutische Behandlungsziele und Empfehlungen von den Klienten angenommen werden. Clutton et al. (2006) sehen das Verstehen der Klientenperspektive, die auch dessen Bedeutung des Zuhauses beinhaltet, als Aufgabe der Ergotherapeutin innerhalb des Problemlösezyklus.

Die Einfühlung in die Perspektive des Klienten stellt, auch eine essentielle Komponente der klientenzentrierten Praxis dar. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Zuhause ein sehr bedeutender Ort für jeden Menschen ist, der sich auch positiv auf die Rehabilitation auswirkt. Eine, in der Domizilbehandlung tätige, Ergotherapeutin muss sich dessen bewusst sein und sich in die Klientenperspektive einfühlen, um eine optimale Behandlung zu gewährleisten.

5. Schlussteil

5.1. Zusammenfassung

Mit der vorliegenden Literaturübersicht, konnte aufgezeigt werden, dass ergotherapeutische oder aber auch interdisziplinäre Domizilbehandlung bei Klienten, die einen Schlaganfall erlitten haben, wirksam ist, um die Performanz im Bereich ADL/IADL sowohl kurz-, als auch langfristig zu verbessern. Dies konnte durch internationale Studien belegt werden. Nationale Studien konnten keine aufgefunden werden. Die angewandte Suchstrategie war umfassend, klar strukturiert und logisch aufgebaut. Es konnte eine Vielzahl von Treffern erzielt und davon die relevantesten Studien ausgewählt werden. Alle sieben ausgewählten Studien weisen eine hohe externe Evidenz auf, da alle RCTs sind. Dabei ist anzumerken, dass auch diese sich qualitativ jeweils unterscheiden. Durch die kritische Analyse für quantitative Studien (Law et al., 1999a, 1999b), konnten systematische Fehler erkannt werden. Allgemeine Limitationen der Studien waren unter anderem, dass die Teilnehmer und der behandelnde Therapeut jeweils nicht verblindet werden konnten. Wie sonst in anderen Studien üblich, wird in den vorgestellten Studien kein standardisiertes Setting gewählt, da die Domizilbehandlung Kernthema dieser Studien war und das Zuhause jeweils individuell ist. Auch der Behandlungsort kann daher nicht als systematischer Fehler betrachtet werden. Aufgrund der Heterogenität der vorgestellten Domizilbehandlungsprogramme, stellte sich das Problem der Vergleichbarkeit, weshalb nach der Vorstellung der Unterschiede, die Gemeinsamkeiten hervorgehoben wurden. Dies rechtfertigt eine Gegenüberstellung.

Die Frage „Wie ist das Outcome von ergotherapeutischer Domizilbehandlung im Bereich ADL/IADL bei erwachsenen Klienten nach Schlaganfall?“ konnte somit beantwortet werden. Unklarheit besteht jedoch darüber, welches der vorgestellten Domizilbehandlungsprogrammen das effektivste und das effizienteste ist. Bei den interdisziplinären Studien ist ebenfalls nicht klar abzugrenzen, welcher Anteil am therapeutischen Erfolg der Ergotherapie zuzuschreiben ist. Aufgrund von knappen Informationen in den Studien selbst, der Individualität und der Klientenzentriertheit der ergotherapeutischen Behandlung, konnte der genaue Inhalt von ergotherapeutischen Domizilbehandlungen anhand der vorliegenden Literaturübersicht nicht eruiert wer-

den. Mögliche Schlüsse für die Schweiz konnten gezogen werden, jedoch war es nicht Inhalt dieser Arbeit, die effektivste Art der Bereitstellung, der Implementierung und der Nutzung von ergotherapeutischer Domizilbehandlung aufzuzeigen. Aufgrund der unterschiedlichen Politik und der ungleichen Gesundheitssystemen in den Ländern der vorgestellten Studien, wurde bewusst auf die Beurteilung von möglichem ökonomischem Nutzen von ergotherapeutischer oder interdisziplinärer Domizilbehandlung verzichtet. Mit dieser Literaturübersicht kann jedoch klar die Effektivität von ergotherapeutischer und interdisziplinärer Domizilbehandlung bei Klienten mit erlittenem Schlaganfall im Bereich ADL/IADL aufgezeigt werden. Dies indiziert, dass sich die Diskussion von der Effektivität dieser Dienstleistung wegbewegen sollte und der Fokus viel mehr auf die grösstmögliche Effektivität und Effizienz, sowie auch der Implementierung solcher Domizilbehandlungsprogramme gerichtet werden sollte.

5.2. Offene Fragen

Thorsén et al. (2005) äusserten, dass die optimale Organisation von Rehabilitationsdienstleistungen für Klienten mit erlittenem Schlaganfall, die aus dem Spital entlassen wurden, noch nicht bekannt ist. In der vorliegenden Arbeit wurden verschiedene Domizilbehandlungsprogramme für diese Klientengruppe vorgestellt, die alle eine gute Wirksamkeit im Bereich ADL/IADL aufzeigen. Es ist jedoch mehr Forschung nötig, um herauszufinden, welche dieser Ansätze am effektivsten und effizientesten ist. Dazu wären Studien nötig, die verschiedene Domizilbehandlungsprogramme untereinander vergleichen. Zudem ist es erforderlich, Studien zu ergotherapeutischen Domizilbehandlungsprogrammen in der Schweiz zu lancieren, um bei einer möglichen späteren Umsetzung nicht auf kulturelle Hindernisse zu stossen. Eine Möglichkeit dazu wäre, das in der Schweiz im Kanton Waadt bereits bestehende Konzept der CMS, auf Wirksamkeit in der Deutschschweiz und der Italienischen Schweiz zu überprüfen. Des Weiteren ist es notwendig, evidenz-basierte Guidelines für die ergotherapeutische Domizilbehandlung in der Schweiz festzulegen, damit bei der Entwicklung von Domizilbehandlungen die effizientesten und effektivsten Ansätze gewählt werden und grundlegende Normen eingehalten werden. Bevor eine Implementierung von ergotherapeutischen oder interdisziplinären Domizilbehandlungsprogrammen in der Schweiz erfolgen kann, muss abgeklärt werden, wie diese in das bestehende politische System und in das Gesundheitswesen integriert werden kön-



Klasse: ER06c

Verfasserinnen: Claudia Wüger und Corina Zumsteg

nen. Ein Schwerpunkt wäre dabei sicherlich, wie die Finanzierung dieser Programme aussehen könnte, da dieser Punkt in Hinsicht der volkswirtschaftlichen Lage des Gesundheitswesens in der Schweiz von grosser Wichtigkeit ist.

6. Verzeichnisse

6.1. Abkürzungsverzeichnis

AOTA: American Occupational Therapy Association

ADL: Activities of Daily Living

BADL: basale ADL

BI: Barthel Index

CBR: community-based rehabilitation; gemeinde-basierte Rehabilitation

CMS: Centres médico-sociaux; sozial-medizinische Zentren

CNS: Canadian Neurological Scale

DOR: Domizilorientierte Rehabilitation

EADL-scale: Nottingham Extended activities of daily living scale oder auch nur Extended activities of daily living scale

ET: Ergotherapie

EVS: ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz

FAI: Frenchay Activities Index

GHQ-12: 12-Item General Health Questionnaire

GHQ-28: 28-Item General Health Questionnaire

IADL: Instrumental Activities of Daily Living; instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens

ILO: International Labour Office

MMSE: Mini-Mental State Examination

NDT: Neurodevelopmental Therapy

OARS-IADL: Older Americans Resource Scale for instrumental activities of daily living

OMSV: Organisme médico-social vaudois; Sozial-medizinische Organisation Waadt

PEO Model: Person-Environment-Occupation Model; Person-Umwelt-Betätigung-Modell

PMAD vaudois: Programme de maintien à domicile du canton de Vaud; Programm des Zuhausebleibens im Kanton Waadt

PRIND: prolongiertes reversibles ischämisches neurologisches Defizit

PT: Physiotherapie

RCT: Randomised Controlled Trial; randomisierte, kontrollierte Studie

RIND: reversibles ischämisches neurologisches Defizit

RNL: Reintegration to Normal Living Index

SAB: Subarachnoidalblutung

SOC: Sense of Coherence Scale

STREAM: Stroke Rehabilitation Assessment of Movement

TIA: transitorische-ischämische Attacke

TUG: Timed Up&Go

UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

WHO: World Health Organization; Weltgesundheitsorganisation

6.2. Glossar

A

ADL: Unter ADL (Activities of Daily Living) werden die Aktivitäten des täglichen Lebens verstanden. Dies sind Aktivitäten, welche ausgerichtet sind auf die Fürsorge für den eigenen Körper. Die ADL sind gleichbedeutend mit den Basic Activities of Daily Living (BADL; basale Aktivitäten des täglichen Lebens) oder den Personal Activities of Daily Living (PADL; persönliche Aktivitäten des täglichen Lebens). Die ADL sind im AOTA-Framework als ein Betätigungsbereich zu verstehen. Der AOTA (2002) zählt die folgenden Aktivitäten zu den ADL dazu: das Baden und Duschen, das Darm- und Blasen-Management, das Anziehen, das Essen, die Ernährung, die funktionale Mobilität, die persönliche Pflege von Geräten und Hilfsmitteln, die persönliche Hygiene und das Kämmen der Haare, die

sexuelle Aktivität, der Schlaf und die Erholung und die Toilettenhygiene (AOTA, 2002).

B

Barthel Index (BI): Der Barthel-Index ist eines der weit verbreiteten Messinstrumente für die Einschätzung der Selbstversorgungsfähigkeit von Klienten in der Schlaganfallforschung. Er beinhaltet 10 verschiedene ADL (Essen, Bett/(Roll-)Stuhltransfer, Waschen, Toilettenbenutzung, Baden, An- und Auskleiden, Darmkontrolle, Blasenkontrolle, Gehen, Treppensteigen). Zu jedem Selbstversorgungs-Item werden zwischen 0 und zwei Punkte vergeben. Die Punkte geben Aufschluss über das Mass der benötigten Unterstützung des Klienten in der Selbstversorgung. Es können maximal 20 Punkte (Selbständigkeit) erreicht werden. Wobei 0 Punkte auf eine komplette Pflegebedürftigkeit hinweisen (Huw, 2008).

Barthel activities of daily living index (BADL): auch Barthel's Index of Activities of Daily Living (BAI), barthel activities of daily living score. Alle stellen Synonyme für den Barthel Index (BI) dar (siehe Beschreibung zu Barthel Index). BADL kann aber auch für basic ADL, also basale ADL, stehen.

C

CNS: CNS steht für Canadian Neurological Scale. Es handelt sich dabei um ein klinisches Instrument, welches auf der Ebene der Beeinträchtigung die Schwere des Schlaganfalls misst. Der CNS untersucht das Niveau des Bewusstseins, die Orientierung, die Sprache und die motorische Funktion von Armen, Beinen und Gesicht (Mayo et al., 2000).

Carer Strain Index: Der Carer Strain Index ist ein Fragebogen um die Belastung der familiären Betreuungspersonen zu erfassen. Er beinhaltet 13 Items, welche Aspekte der Beziehung zwischen Patient und Betreuungsperson beinhalten. Die Fragen können mit Ja und Nein beantwortet werden. Die Werte können zwischen 0 bis 13 liegen, wobei Werte ab sieben als ein Risikolevel des Stresses angeschaut werden (Chartered Society of Physiotherapy, 2009a).

D**E**

Extended activities of daily living scale (EADL): siehe Nottingham extended activities of daily living scale (EADL).

F

Frenchay Activities Index (FAI): Mit dem FAI können die IADL von Klienten, die einen Schlaganfall erlitten haben, gemessen werden. Der FAI erfasst ein breites Feld an Aktivitäten, die im Zusammenhang mit dem täglichen Leben stehen (z.B. Auto / Bus fahren, Gartenarbeit, Kleider waschen, Bücher lesen etc.). Erfasst wird dabei die Frequenz der Ausführung dieser Aktivitäten. Im Gegensatz zu üblichen ADL-Assessments, die sich auf die Selbstversorgung und Mobilität konzentrieren, gibt der FAI ein breiteres Bild von aktuellen Aktivitäten, die die Klienten in der Vergangenheit durchgeführt hatten (Blum, 2009).

Funktionales Outcome: Das Outcome bezieht sich auf das Resultat bzw. das Ergebnis des ergotherapeutischen Zyklus. Das Outcome ist also die Situation, die am Ende einer Aktivität, eines Prozesses oder einer Situation, besteht. Funktional, entsprechend dem englischen Adjektiv „functional“, bedeutet, dass etwas in der Art und Weise funktioniert, wie es sollte. In den beschriebenen Studien wird mit Funktionalem Outcome bzw. „functional outcome“ aber nicht die bloße Körperfunktion (z.B. Gelenkbeweglichkeit) gemeint, sondern beschreibt vielmehr die Performanz, also die Ausführung von Betätigung. Performanz existiert in verschiedenen Bereichen (ADLs, IADLs, Bildung, Arbeit, Spiel, Freizeit und soziale Partizipation), wobei sich diese Arbeit auf die Bereiche ADL und IADL beschränkt.

G

General Health Questionnaire (GHQ): Der General Health Questionnaire wird angewendet um psychiatrische Einschränkungen der Bevölkerung innerhalb der Gemeinde oder in nicht-psychiatrischen klinischen Settings angewendet. Dieses Instrument erfasst den aktuellen Status der Person und erfragt ob sich dieser vom normalen Status unterscheidet. Es ist somit sensitiv gegenüber kurzzeitigen psychiatrischen Erkrankungen, jedoch nicht lang andauernde Attribute zu

identifizieren. Den General Health Questionnaire gibt es in verschiedenen Versionen mit einer unterschiedlichen Anzahl von Items (GL Assessment, 2009).

Der **12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12)** ist ein Instrument welches schnell in der Handhabung ist, da es nur 12 Fragen umfasst. Es hat vergleichbare, psychometrische Eigenschaften zur längeren Version, obwohl diese Version in nur zwei Minuten ausgefüllt ist. Da dieses Instrument sehr schnell in der Anwendung ist, wird es oft in Forschungsstudien verwendet, wo die Anwendung von längeren Versionen eher unpraktisch ist (GL Assessment, 2009).

Der **28-Item General Health Questionnaire (GHQ-28)** ist die meistbekannte und populärste aller General Health Questionnaire Versionen. Sie beinhaltet insgesamt 28 Items, welche in vier Unterskalen, à je sieben Items, eingeteilt werden können. Die Unterteilung ist wie folgt: A – somatische Symptome (Items 1-7), B – Ängstlichkeit/Schlaflosigkeit (Items 8-14), C – soziale Dysfunktionen (Items 15-21) und D – schwere Depression (Items 22-28) (GL Assessment, 2009).

H

Habilitation: Gemäss Socialstyrelsen (2006) wird mit dem Begriff Habilitation, vom englischen Wort „habilitation“, gemeint, dass eine Person dabei unterstützt wird, etwas neu zu lernen, was sie zuvor noch nicht konnte, mit dem Ziel die best mögliche funktionale Fähigkeit zu entwickeln. Zum Einsatz kommt Habilitation hauptsächlich bei Menschen mit angeborenen Erkrankungen und Behinderungen oder mit früh im Leben erworbenen Erkrankungen und Verletzungen. Der Begriff Habilitation steht im Gegensatz zu Rehabilitation, bei der es nach einem Verlust von der best möglichen funktionalen Fähigkeit und physischem und mentalem Wohlbefinden aufgrund von einer Verletzung oder Krankheit, um die grösstmögliche Wiedererlangung von all dessen geht (Socialstyrelsen, 2006).

I

IADL: Mit den IADL (Instrumental Activities of Daily Living) sind die instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens gemeint. Dies sind Aktivitäten welche ausgerichtet sind auf eine Interaktion mit der Umwelt und somit häufig komplex sind. Die IADL sind im Allgemeinen optional (kein Muss) und können auch jemandem

delegiert werden. Die IADL sind im AOTA-Framework als ein Betätigungsbereich zu verstehen. Unter IADL werden gemäss der AOTA (2002) die folgenden Aktivitäten eingeordnet: die Pflege von Anderen (einschliesslich der Auswahl und der Überwachung von Pflegenden), die Betreuung von Tieren, die Kindererziehung, der Gebrauch von Kommunikationsmitteln, die Mobilität innerhalb der Gemeinde, die finanzielle Verwaltung, das Gesundheitsmanagement und die Erhaltung der Gesundheit, die Haushaltsgründung und Haushaltsführung, die Mahlzeitenzubereitung und die Reinigung, die Sicherheitsvorkehrungen und das Handeln in Notsituationen, sowie auch das Einkaufen (AOTA, 2002).

Die IADL werden zum Teil auch „extended ADL“ (EADL; erweiterte Aktivitäten des täglichen Lebens), „social ADL“ (soziale Aktivitäten des täglichen Lebens), „advanced ADL“, oder „intermediate ADL“ genannt (Khin-Heung Chong, 1995).

J

K

Katz Index of Independence in Activities of Daily Living, Katz ADL Index oder

Katz ADL: Der Katz ADL Index wird verwendet, um Probleme in der Durchführung von ADL bei Klienten zu erfassen. Beurteilt wird die Selbständigkeit von Klienten in den sechs Funktionen Baden, An- und Auskleiden, WC-Benützung, Transfer, Kontinenz und Nahrungsaufnahme. Bei jeder Funktion wird die Selbständigkeit mit Ja / Nein beantwortet, wobei jeweils 1 Punkt für die Selbständigkeit vergeben wird. Die maximale Punktzahl sechs bedeutet volle Funktion, Punktzahl vier bedeutet moderate Beeinträchtigung, zwei und weniger Punkte weisen auf eine schwere funktionale Beeinträchtigung hin (Shelkey & Wallace, 2002).

Katz Extended ADL Index: Der Katz Extended ADL Index beinhaltet den Katz ADL Index, der mit 4 instrumentellen Aktivitäten (Kochen, Verkehr, Einkaufen und Putzen) ergänzt wurde (Thorsén et al., 2005).

L**M****Mini-Mental State Examination (MMSE) auch Mini-Mental Status-Test (MMST):**

Der MMSE ist ein Messinstrument zur Beurteilung der kognitiven Funktionen von Klienten. Er wird mit dem Klienten in Form eines Interviews durchgeführt. Geprüft werden zeitliche und räumliche Orientierung, Merk- und Erinnerungsfähigkeit, Aufmerksamkeit, Sprache und Sprachverständnis, außerdem Lesen, Schreiben, Zeichnen und Rechnen anhand von 9 Aufgabenkomplexen. Der Test dauert in der Regel 3 – 10 Minuten. Die maximal erreichbare Punktzahl beträgt 30. Klienten die 22 Punkte oder weniger erreichen oder bei einem Aufgabenkomplex Null Punkte erzielen, sollten bei einem Arzt weiter abgeklärt werden (Bay Area Medical Information, 2009; Wikipedia, 2009).

Modified Barthel activities of daily living index (modified BADL): Der modified BADL besteht aus denselben 10 Items, wie der BADL. Damit eine grössere Sensitivität der Werte erreicht werden kann, besteht zur Einschätzung der Items in dieser Version eine fünf-stufige Skala. Es können ebenfalls maximal 100 Punkte erreicht werden (Huw, 2008).

N

Nottingham extended activities of daily living scale: Die Nottingham extended activities of daily living scale ist ein Messinstrument, welches Behinderung erfasst. Es beinhaltet 22 Items, die in 4 Kategorien (Mobilität (inkl. Öffentlicher Verkehr), Küchenaufgaben, Haushaltsaufgaben, Freizeitaktivitäten) eingeteilt werden. Beurteilt wird jedes Item von 0 Punkten (=gar nicht) bis maximal 3 Punkten (= leicht alleine). Das Assessment dauert ca. 10 Minuten (The Chartered Society of Physiotherapy, 2009b).

Nottingham Leisure Questionnaire (NLQ): Der Nottingham Leisure Questionnaire ist ein valides und reliables Messinstrument um die Freizeitaktivitäten bei Klienten nach Schlaganfall zu erfassen. Es werden insgesamt 30 verschiedene Freizeitaktivitäten bewertet und es bestehen die Antwortoptionen regelmässig, öfters und nie zur Verfügung. Das Assessment kann auch schriftlich durch den

Klienten ausgefüllt und per Post zugestellt werden (Drummond, Parker, Gladman & Logan, 2001).

O

Older Americans Resource Scale for instrumental activities of daily living

(OARS-IADL): Beim OARS-IADL handelt es sich um eine Skala von 7 Items, die bedeutend sind für das Leben in der Gesellschaft. Diese Items sind: Telefongebrauch, Reisen, Einkaufen, Zubereitung von Mahlzeiten, Hausarbeit, Medikamenteneinnahme, Umgang mit Finanzen. Jedes dieser Items wird auf einer 3-Punkte-Skala bewertet, mit einer Endpunktzahl von 0 bis 14, wobei 14 bedeutet, dass der Klient keine Einschränkungen bei den Aktivitäten aufweist (Mayo et al., 2000).

P

Q

R

Reintegration to Normal Living (RNL) Index: Mit dieser Skala von 11 Items kann die Reintegration in normales Leben als das Gegenteil von Behinderung erfasst werden. Bereiche wie Teilhabe an entspannenden und sozialen Aktivitäten, Bewegung in der Gemeinde, Wohlbefinden des Individuums mit seiner Rolle in der Familie oder in der Beziehung mit anderen werden abgedeckt. Der RNL Index verwendet ein 3-Punkte-Bewertungssystem. Erreichbar sind Werte von 22 bis 0 Punkten, wobei die Reintegration mit steigendem Wert schlechter wird (Mayo et al., 2000).

S

Sense of Coherence Scale (SOC): Die SOC ist eine Skala, um Copingfertigkeiten zu messen (Thorsén et al., 2005).

Stroke Rehabilitation Assessment of Movement (STREAM): Mit dem STREAM kann die willkürliche motorische Leistungsfähigkeit und basale Mobilität erfasst werden. Der STREAM umfasst 30 Items, die in die drei Bereiche willkürliche Bewegung der oberen Extremität, willkürliche Bewegung der unteren Extremität und basale Mobilität eingeteilt werden (Mayo et al., 2000).

T

Timed Up & Go (TUG): Mit dem TUG, einem schnellen und praktischen Test, können die basalen Mobilitätsfertigkeiten von älteren Menschen eingeschätzt werden. In Punkten gemessen wird dabei die Zeit, die die Person benötigt, um von einem Lehnstuhl aufzustehen, 3 Meter auf einer Linie auf dem Boden zu gehen, sich umzudrehen, zum Stuhl zurückzukehren und sich hinzusetzen. Je höher die erreichte Punktzahl, umso grösser ist die Beeinträchtigung der Person in der Mobilität (Mayo et al., 2000).

U

V

W

X

Y

Z

6.3. Literaturverzeichnis

Adam, J. (2007). *Evaluierung von ergotherapeutischen Domizilbehandlungen in der Schweiz bei Menschen nach einem Schlaganfall mit dem Fokus auf die Zielsetzungen der Interventionen*. Unveröffentlichte Masterarbeit, Donau-Universität Krems, Österreich.

American Occupational Therapy Association (2002). Occupational therapy practice framework: Domain and process. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 609-639.

Basket, J. J., Broad, J. B., Reekie, G., Hocking, C. & Green, G. (1999). Shared responsibility for ongoing rehabilitation: a new approach to home-based therapy after stroke. *Clinical Rehabilitation*, 13, 23-33.

Bay Area Medical Information (2009). *Mini-Mental State Exam (MMSE)* [On-Line]. Available: <http://www.bami.us/MiniMental.htm> (13.5.2009).

- Blesedell Crepeau, E., Cohn, E. S. & Boyt Schell, B. A. (2009). *Willard & Spackman's occupational therapy – 11th ed.*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Blum, L. (2009). *Frenchay Activities Index (FAI) - Purpose of the measure* [On-Line]. Available: http://www.medicine.mcgill.ca/stroking-assess/module_fai_intro-en.html (13.5.2009).
- Brockhaus (2009). *Domizil* [On-Line]. Available: <http://www.brockhaus.de/suche/index.php?begriff=Domizil&bereich=mixed#inhalte> (2.6.2009).
- Chiu, C. W. Y. & Man, D. W. K. (2004). The effect of training older adults with stroke to use home-based assistive devices. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 24, 113-120.
- Clutton, S., Grisbrooke, J. & Pengelly, S. (2006). *Occupational Therapy in Housing Building on Firm Foundations*. London: Whurr.
- CMS Aide et soins à domicile (2009a). *Aide et soins à domicile dans le Canton de Vaud en 2007* [On-Line]. Available: <http://www.aide-soins-domicile-vaud.ch/rapport07aidesoinsdomicile.pdf> (15.5.2009).
- CMS Aide et soins à domicile (2009b). *Les Associations/Fondations régionales* [On-Line]. Available: <http://www.aide-soins-domicile-vaud.ch/accueil/presentation/association-fondation.htm> (15.5.2009).
- CMS Aide et soins à domicile (2009c). *L'Organisme médico-social vaudois (OMSV)* [On-Line]. Available: <http://www.aide-soins-domicile-vaud.ch/accueil/presentation/omsv.htm> (15.5.2009).
- CMS Aide et soins à domicile (2009d). *Politique d'aide et de soins à domicile du canton de Vaud* [On-Line]. Available: <http://www.aide-soins-domicile-vaud.ch/accueil/presentation.htm> (15.5.2009).
- CMS Aide et soins à domicile (2009e). *Un projet adapté à votre situation* [On-Line]. Available: <http://www.aide-soins-domicile-vaud.ch/accueil/offre-2.htm> (15.5.2009).
- CMS Aide et soins à domicile (2009f). *Le rôle de l'ergothérapeute dans les Centres médico-sociaux du Canton de Vaud*. Lausanne: CMS.

- Dahlin-Ivanoff, S., Haak, M., Fänge, A. & Iwarsson, S. (2007). The multiple meaning of home as experienced by very old Swedish people. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14, 25-32.
- Drummond, A., Parker, C., Gladman, J. & Logan, P. (2001). Development and validation of the Nottingham Leisure Questionnaire (NLQ). *Clinical Rehabilitation*, 15, 647-656.
- Edmans, J., Champion, A., Hill, L., Ridley, M., Skelly, F., Jackson, T. et al. (2001). *Occupational Therapy and Stroke*. London: Whurr.
- EVS (2009a). *Adressdatenbank der selbständigerwerbenden ErgotherapeutInnen*. [On-line] Available: <http://www.ergotherapie.ch/index-de.php?page=6&frameset=31> (8.6.2009).
- EVS (2009b). *Verordnung für Ergotherapie*. [On-line] Available: <http://www.ergotherapie.ch/index-de.php?page=36&frameset=31> (8.6.2009).
- Gilbertson, L., Langhorne, P., Walker, A., Allen, A. & Murray, D. G. (2000). Domiciliary occupational therapy for patients with stroke discharged from hospital: randomised controlled trial. *BMJ*, 320, 603-606.
- GL Assessment (2009). *General Health Questionnaire – Frequently Asked Questions* [On-Line]. Available: http://www.gl-assessment.co.uk/health_and_psychology/resources/general_health_questionnaire/faqs.asp?css=1 (9.6.2009).
- Hasselkus, B. R. (2002). *The Meaning of Everyday Occupation*. Thorofare: Slack.
- Herschkowitz, N. (2006). *Das vernetzte Gehirn; Seine lebenslange Entwicklung*. Bern: Huber.
- Huw, Th. (2008). *Modified Barthel Score* [On-Line]. Available: <http://www.patient.co.uk/showdoc/40001654/> (9.6.2009).
- ILO, UNESCO & WHO (2004). *CBR: a strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities: joint position paper* [On-Line]. Available: http://www.ilo.org/public/english/region/asro/bangkok/ability/download/otherpubl_cbr.pdf (27.5.2009).

- Khin-Heung Chong, D. (1995). *Measurement of Instrumental Activities of Daily Living in Stroke* [On-Line]. Available:
<http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/full/26/6/1119> (10.6.2009).
- Laag, M. & Meyer, J. (2000). *Stroke Unit: Akuteinheit für Schlaganfallpatienten; Diagnostik, Therapie und pflegerische Massnahmen*. Bern: Huber.
- Law, M. & Baum, C. (2005). Measurement in Occupational Therapy. In Law, M., Baum, C & Dunn, W. (Eds.), *Measuring occupational performance: supporting best practice in occupational therapy* (pp. 3-20). Thorofare: Slack.
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L. Bosch, J., & Westmorland, M. (1998a). Critical review form – Quantitative studies. In Law, M. (Ed.), *Evidence-based Rehabilitation. A guide to practice*. (pp. 306-308). Thorofare: Slack.
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., & Westmorland, M. (1998b). Guidelines for critical review form – Quantitative studies. In Law, M. (Ed.), *Evidence-based Rehabilitation. A guide to practice*. (pp. 310-321). Thorofare: Slack.
- Logan, P. A., Gladman, J. R. F., Avery, A., Walker, M. F., Dyas, J. & Groom, L. (2004) Randomised controlled trial of an occupational therapy intervention to increase outdoor mobility after stroke. *BMJ*, 329, 1372-1375.
- Mayo, N. E., Wood-Dauphinee, S., Côté, R., Gayton, D., Carlton, J., Buttery, J. et al. (2000). There's No Place Like Home: An Evaluation of Early Supported Discharge for Stroke. *Stroke*, 31, 1016 – 1023.
- Moulton, C. (1997). Current trends in the practice of home health care of occupational therapists treating patients who have had a stroke. *Occupational Therapy International*, 4(1), 31-51.
- Müller, E. (2004). *Community-based working for Occupational Therapists in Switzerland and Norway*. Unveröffentlichtes Positionspapier, University College Sjælland, Næstved, Dänemark.
- Özdemir, F., Birtane, M., Tabatabaei, R., Kokino, S., Ekuklu, G. (2001). Comparing stroke rehabilitation outcomes between acute inpatient and nonintense home settings. *Arch Phys Med Rehabil*, 82, 1375-1379.

- Ringelstein, E.B. & Nabavi, D.G. (2004). Der akute Schlaganfall: Klinische Differenzialdiagnose. In Diener, H.-C., Hacke, W. & Forsting, M. (Hrsg.), *Schlaganfall* (S. 1-9). Stuttgart: Thieme.
- Scaffa, M. E. (2001). *Occupational therapy in community-based practice settings*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Schweizerische Herzstiftung (2006). *Hirnschlag Risiken kennen – Chancen wahrnehmen*. Bern: Schweizerische Herzstiftung.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2007). *Häufigkeit des Hirnschlages* [On-Line]. Available: http://www.obsandaten.ch/indikatoren/8_3_31/2004/d/8331.pdf (7.5.2009).
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2008). *Gesundheit in der Schweiz Nationaler Gesundheitsbericht 2008* [On-Line]. Available: http://www.admin.ch/ch/d/sr/832_10/a25.html (11.5.2009).
- Shelkey, M. & Wallace, M. (2002). *Katz Index of Independence in Activities of Daily Living* [On-Line]. Available: http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSS/is_2_11/ai_n18613515/ (13.5.2009).
- Socialstyrelsen (2006). *Habilitation, rehabilitation and technical aids* [On-Line]. Available: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/D48E68ED-9E6E-44C5-970B-62B816A0D0C0/5571/200611424.pdf> (28.5.2009).
- The Chartered Society of Physiotherapy (2009a). *Caregiver Strain Index* [On-Line]. Available: http://www.csp.org.uk/director/members/practice/clinicalresources/outcomemeasures/searchabledatabase.cfm?item_id=57011B38EB2F78CD316A386E1A9E47CC (10.6.2009).
- The Chartered Society of Physiotherapy (2009b). *Nottingham Extended Activities of Daily Living Scale (EADL)* [On-Line]. Available: http://agile-uk.org/director/members/practice/clinicalresources/outcomemeasures/searchabledatabase.cfm?item_id=57011A44E31D4055F6C96A69C8331193 (13.5.2009).
- Thorsén, A.-M., Widén Holmqvist, L., de Pedro-Cuesta, J. & von Koch, L. (2005). A Randomized Controlled Trial of Early Supported Discharge and Continued

Rehabilitation at Home After Stroke: Five-Year Follow-Up of Patient Outcome. *Stroke*, 36, 296-302.

Truelsen, Th., Begg, St. & Mathers, C. (2000). *The global burden of cerebrovascular disease* [On-Line]. Available:
http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_cerebrovascular diseasestroke.pdf
(2.6.2009).

Walker, M. F., Gladman, J. R. F., Lincoln, N. B., Siemonsma, P. & Whiteley, T. (1999). Occupational therapy for stroke patients not admitted to hospital: a randomised controlled trial. *Lancet*, 354, 278-280.

Weiss, Z., Snir, D., Klein, B., Avraham, I., Shani, R., Zetler, H. et al. (2004). Effectiveness of home rehabilitation after stroke in Israel. *International Journal of Rehabilitation Research*, 27(2), 119-125.

WHO (2004). *Meeting Report in the development of guidelines for Community Based Rehabilitation (CBR) programmes (1st and 2nd November 2004, Geneva, Switzerland)* [On-Line]. Available:
http://www.who.int/disabilities/publications/cbr/050405_CBR_guidelines_1st_meeting_report.pdf (27.5.2009).

Widén Holmqvist, L., von Koch, L., Kostulas, V., Holm, M., Widsell, G., Tegler, H. et al. (1998). A randomized controlled trial of rehabilitation at home after stroke in southwest Stockholm. *Stroke*, 29, 591-597.

Wikipedia (2009). *Mini-Mental-Status-Test* [On-Line]. Available:
http://de.wikipedia.org/wiki/Mini-Mental_State_Examination (13.5.2009).

6.4. Bildverzeichnis

Abbildung 1. Baptiste, S., Strong, S. & Mac Guire, B. (2005). Measuring Work Performance From an Occupational Performance Perspective. In Law, M., Baum, C & Dunn, W. (Eds.), *Measuring occupational performance: supporting best practice in occupational therapy* (p. 152). Thorofare: Slack.

Abbildung 2. WHO (2004). *Meeting Report in the development of guidelines for Community Based Rehabilitation (CBR) programmes (1st and 2nd November 2004, Geneva, Switzerland)* [On-Line]. Available:

http://www.who.int/disabilities/publications/cbr/050405_CBR_guidelines_1st_meeting_report.pdf (27.5.2009).

Abbildung 3. Laag, M. & Meyer, J. (2000). *Stroke Unit: Akuteinheit für Schlaganfallpatienten; Diagnostik, Therapie und pflegerische Massnahmen*. Bern: Huber.

Abbildung 4. Zaidi, Z., Hashim, J., Iqbal, M., Quadri, K. M. (2007). *Paving the way for Evidence-based medicine in Pakistan* [On-Line]. Available: <http://jpma.org.pk/ViewArticle/ViewArticle.aspx?ArticleID=1244> (5.6.2009).



Klasse: ER06c

Verfasserinnen: Claudia Wüger und Corina Zumsteg

7. Eigenständigkeitserklärung

Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benützung der angegebenen Quellen verfasst haben.

Winterthur, 18. Juni 2009

Claudia Wüger

Corina Zumsteg

8. Anhang

Anhang A – Schlüsselwörter, Keywords und deren Synonyme

| Schlüsselwörter | Keywords | Synonyms / MESH-terms |
|---|---|--|
| Ergotherapie | occupational therapy | <ul style="list-style-type: none"> • OT • occupational therapist • home occupational therapy • ergotherapist |
| Domizilbehandlung / Domizilorientierte Rehabilitation | Community based therapy | <ul style="list-style-type: none"> • community based rehabilitation • domiciliary treatment • domiciliary occupational treatment • domiciliary occupational therapy • domiciliary therapy • home-based therapy • home-based occupational therapy • home care services • home rehabilitation |
| Schlaganfall / CVI | stroke | <ul style="list-style-type: none"> • CVA • apoplexy • cerebrovascular accident • hemorrhagic stroke • apoplectic seizure • apoplectic stroke • cerebral stroke • brain vascular accident • cerebrovascular apoplexy • cerebrovascular stroke |
| Aktivitäten des täglichen Lebens | Activities of daily living (ADL), IADL | <ul style="list-style-type: none"> • ADL • self care • independent living • life area • activit* of daily living • IADL • instrumental activit* of daily living • instrumental activit* of daily life • «activities of daily living» or baths or grooming or dressing or meal preparation or cooking or oral hygiene or toothbrushing |

Anhang B – Matrix: in die Literaturübersicht eingeschlossene Studien

| Autor | Jahr | Titel | Studientyp | Design | Sample | Key Findings |
|----------------|------|---|-------------|--------|--|---|
| Baskett et al. | 1999 | Shared responsibility for ongoing rehabilitation: a new approach to home-based therapy after stroke | quantitativ | RCT | N=100 Interventionsgruppe (n=50) Kontrollgruppe (n=50) | Alle Messungen ergaben keine signifikanten Unterschiede zwischen der Kontroll- und der Experimentalgruppe. Baskett et al (1999) zeigen mit der Studie auf, dass ein wöchentlicher Besuch durch einen Physio- und/oder Ergotherapeuten, um ein Programm mit einfachen Aktivitäten aufzugleisen, zu betreuen und zu ermutigen, so effektiv ist, als wenn der Klient eine ambulante Klinik oder eine Tagesklinik besucht. |
| Chiu et al. | 2004 | The Effect of Training Older Adults With Stroke to Use Home-Based Assistive Devices | quantitativ | RCT | N=53 Interventionsgruppe (n=30), Kontrollgruppe (n=23) | Drei Monate nach der Spitalentlassung konnten 25 Teilnehmer der Interventionsgruppe selbständig baden, während dies nur bei 9 Teilnehmern der Kontrollgruppe der Fall war. Die Studie zeigte auf, dass ein heimbasiertes ergotherapeutisches Training die Zufriedenheit im Umgang sowie die Gebrauchsrate der Hilfsmittel erhöhen kann und weiter die Selbständigkeit erhöht. |

| | | | | | | |
|-------------------|------|--|-------------|-----|---|--|
| Gilbertson et al. | 2000 | Domiciliary occupational therapy for patients with stroke discharged from hospital: randomised controlled trial. | quantitativ | RCT | N=138 Interventionsgruppe (n=67), Kontrollgruppe (n=71) | Das funktionale Outcome und die Zufriedenheit von Patienten mit Schlaganfall können durch ein kurzes Ergotherapieprogramm zu Hause unmittelbar nach der Entlassung aus dem Spital verbessert werden. |
| Logan et al. | 2004 | Randomised controlled trial of an occupational therapy intervention to increase outdoor mobility after stroke | quantitativ | RCT | N=168 Interventionsgruppe (n=86) Kontrollgruppe (n=82) | Die Resultate der Studie zeigen, dass eine einfache ergotherapeutische Intervention die ausserhäusliche Mobilität erfolgreich erhöhen kann, kurzfristig und langfristig gesehen, da die Therapieeffekte über die Zeit erhalten blieben. |
| Mayo et al. | 2000 | There's No Place Like Home: An Evaluation of Early Supported Discharge for Stroke. | quantitativ | RCT | N=114 Interventionsgruppe (n=58), Kontrollgruppe (n=56) | Frühzeitige Entlassung aus dem Spital mit anschliessender Domicilorientierter Rehabilitation ermöglicht motorische und funktionale Gewinne bei Klienten nach Schlaganfall, die einhergehen mit natürlicher Genesung und Rehabilitation. Dies wiederum führt zu einem höheren Grad an Funktion und Zufriedenheit mit der Wiedereingliederung in die Gemeinde. |

| | | | | | | |
|----------------|------|---|-------------|-----|---|---|
| Thorsén et al. | 2005 | A Randomized Controlled Trial of Early Supported Discharge and Continued Rehabilitation at Home After Stroke: Five-Year Follow-Up of Patient Outcome. | quantitativ | RCT | N=54 Interventionsgruppe (n=30), Kontrollgruppe (n=24) | Ein signifikant höherer Anteil der Interventionsgruppe war 5 Jahre nach Schlaganfall selbständig in den extended ADL und aktiv in Haushaltsaktivitäten. |
| Walker et al. | 1999 | Occupational therapy for stroke patients not admitted to hospital: a randomised controlled trial | quantitativ | RCT | N=185 Ergotherapiegruppe (n=94), Kontrollgruppe (n=91) | Die Studie zeigt auf, dass Ergotherapie die Behinderung und Arbeitsunfähigkeit bei Klienten nach einem Schlaganfall, welche nicht hospitalisiert wurden, signifikant reduziert. |