

Pour une ergothérapie intégrée en EMS

Les ergothérapeutes: des facilitateurs d'autonomie jusqu'à la fin de la vie

Pierrette Tissot Ces dix dernières années, le profil des personnes vivant en institution a considérablement changé, en phase avec le vieillissement de la population et l'adaptation des politiques de santé cantonale. Les prestations thérapeutiques des différents acteurs de l'accompagnement des personnes âgées sont également en pleine mutation.

La question de la place de l'ergothérapie dans les institutions pour personnes âgées est, pour moi, incontournable dès lors que l'on se préoccupe de la qualité et de l'efficacité de l'accompagnement des soins dispensés. Mon expérience de ce métier me permet aujourd'hui de présenter un argumentaire précis du soutien qu'un service intégré d'ergothérapie peut apporter aux résidents des EMS. Cet article présente un exemple de pratique en EMS, sachant qu'il y a, comme c'est souvent le cas en ergothérapie, plusieurs manières d'exercer notre métier. Nous sommes, au Home La Sombaille, trois ergothérapeutes équivalent à 170% pour 128 résidents. Au niveau du statut pour le remboursement des caisses maladies, nous sommes une organisation d'ergothérapeutes et facturons nos prestations à l'acte selon la LaMal depuis 2011. Depuis peu, nous collaborons étroitement avec une art-thérapeute à 30% ainsi qu'avec une psychologue à 50% également engagées par l'institution. Cet article a donc pour but, la promotion d'une pratique d'ergothérapie spécifique qui se raréfie et qui n'a pas toujours bonne presse dans notre milieu professionnel. Dans cette même démarche de promotion d'une pratique professionnelle, j'accueille chaque année en tant que praticienne formatrice des étudiants de l'éesp de Lausanne. Ce printemps, un cours intitulé «Mon avenir en EMS» a été proposé dans le cadre des formations de l'ASE et une table ronde sur le thème des pratiques de l'ergothérapie avec les personnes démentes aura lieu au Club 44 de la Chaux-de-Fonds, le 27 octobre 2015, à l'occasion de la journée mondiale de l'ergothérapie. Dans l'exercice de ma fonction actuellement, le défi majeur est l'accompagnement des personnes âgées présentant des déficits cognitifs. Il s'agit d'un défi pour tous les secteurs professionnels de l'institution et nous devons tous nous définir ou redéfinir en interprofessionnalité en fonction de la proportion en constante augmentation des personnes souffrant de ce type de pathologie. Néanmoins, notre attention ne doit en aucun cas être détournée des autres situations cohabitant dans le même lieu de vie. Il s'agit donc d'intégrer dans nos

prestations thérapeutiques toutes les situations pouvant se trouver dans un tel lieu de vie communautaire. La réactivité, la réflexivité, la créativité, l'esprit d'initiative, les aptitudes à la négociation, à la décentration et à l'adaptation sont quelques unes des aptitudes indispensables à cette pratique.

Ma vision, mes valeurs

- La vie en EMS est une période de vie particulièrement précieuse, c'est la dernière ! Elle doit donc faire l'objet d'une attention particulière tout comme la première période de vie.
- Nos approches professionnelles peuvent, en combinaison avec d'autres approches, favoriser l'amélioration de la qualité de vie d'une personne âgée vivant en institution. Pour moi, la qualité de vie est étroitement liée à la capacité d'agir et la «mise en action» me paraît thérapeutique. «L'objet de l'ergothérapie est le savoir faire, notion étroitement liée aux capacités et aux compétences. Or, le «faire» est constamment sur la brèche lorsque nous évoquons la vieillesse... L'activité est le pivot de l'intervention en ergothérapie.» (Manidi, 2005)
- En raison de son appartenance au personnel de l'EMS, l'ergothérapeute est un professionnel qui participe au quotidien de l'institution, adhère à sa philosophie et prend part à ses projets. L'ergothérapeute est identifiable et disponible pour les résidents, les proches et l'ensemble du personnel.
- La pratique en institution gériatrique offre la possibilité de placer les aspects relationnels au centre de chaque intervention, et ceci me paraît primordial pour la pratique de la profession.
- Le contexte de lieu de vie permet une approche globale de chaque résident, en le soutenant dans ses activités quotidiennes et en intégrant ses habitudes de vie. Ainsi, la finalité de l'ergothérapie comme pratique centrée sur le résident et la préservation de son autonomie est appliquée. Selon Gineste et Pellissier, 2011 «C'est bien parce que notre autonomie permet à chacun de nous de créer et d'habiter son monde que les maladies qui



Pierrette Tissot

Diplôme d'ergothérapeute de l'éesp, Lausanne depuis 1996
Expérience de 10 ans en psychiatrie ambulatoire et à domicile au Centre psychiatrique de Tavannes dans le Jura-Bernois.
Ergothérapeute au Home de la Sombaille à La Chaux-de-Fonds depuis 2007 et responsable du service d'ergothérapie depuis 2011
CAS de praticienne formatrice HES-S2 (2008-2009)
Diplôme de spécialiste en réadaptation dans le domaine du handicap visuel, spécialisation basse-vision.
pierrette.tissot@ne.ch

altèrent notre autonomie sont si dures. C'est bien parce que notre autonomie est un bien si précieux qu'il faut construire un prendre-soin qui en soit éminemment respectueux.»

- La réadaptation des aspects sensoriels, tels que la vision et l'audition est à mon sens la base pour assurer le bon déroulement de nos accompagnements en ergothérapie et la réalisation des différents objectifs en lien avec l'autonomie.
- Je suis, depuis longtemps, sensible aux difficultés ressenties par les personnes montrant des signes de démence. Être à leur contact me procure beaucoup de satisfactions tant au niveau relationnel que professionnel. La recherche de confirmations scientifiques de ma pratique quotidienne me permet d'étayer cette dernière et de lui donner une assise. Par exemple, lors du dernier congrès suisse d'ergothérapie de l'ASE, j'ai eu l'occasion, d'assister à la présentation d'une étude portant sur l'impact des interventions de l'ergothérapie concernant l'apathie chez des personnes démentes (Treusch, 2015). Ceci m'a conforté dans la poursuite du développement de mes interventions avec ce type de pathologie.

Quelques prestations

Thérapies individuelles

Réadaptation motrice: L'ergothérapeute, en collaboration avec le médecin, l'équipe soignante, la physiothérapeute et les proches, évalue les besoins des résidents et les entraîne à utiliser les dispositifs mis à leur disposition pour leurs déplacements, leurs transferts ou leurs positionnements. Pour ce faire, l'ergothérapeute gère un stock conséquent de moyens auxiliaires, chaises roulantes, rollators, cannes, moyens d'aide aux transferts, coussins de positionnements, chaussures orthopédiques. Afin de fournir le moyen auxiliaire le plus adapté, l'ergothérapeute applique les procédures et méthodologies de la profession.

Réadaptation sensorielle: l'ergothérapeute est chargé des démarches relatives aux troubles auditifs et / ou visuels. Il se met en lien avec les proches, le médecin, les spécialistes et les autres membres du personnel afin de mettre en place et d'optimiser le fonctionnement et l'utilisation des divers moyens auxiliaires qui tendent à combler les déficits sensoriels (appareils acoustiques, lunettes etc). C'est aussi l'ergothérapeute qui entraîne le résident à l'utilisation de ces moyens et instruit ses collègues quant à la maintenance et à l'aide à fournir. Il donne quelques indications concernant les attitudes favorisant la communication avec les personnes âgées souffrant de déficits sensoriels. Afin d'assurer le suivi des prestations des divers spécialistes externes, l'ergothérapeute organise les rendez-vous et accompagne le résidents chez les audioprothésistes, orthopédistes, opticiens, orthoptistes, etc. Cet accompagnement professionnel a

vocation à rassurer le résident, soulager les proches, transmettre les informations de l'extérieur vers l'intérieur et vice versa et permettre au spécialiste de réaliser sa consultation dans de bonnes conditions. L'ergothérapeute est donc une personne relais entre les interventions externes et internes à l'institution. «Un relais manqué peut annuler le bénéfice d'une thérapie.» (Ploton, 2011) L'ergothérapeute est un professionnel qui porte un regard compétent et une attention permanente sur le bon fonctionnement et la bonne utilisation des dispositifs d'aide à l'autonomie au sein de l'institution, des moyens auxiliaires, des adaptations. Il élabore les fiches de recommandations et organise les sessions de sensibilisation du personnel et des proches. D'après Bronoswska et al., (1993) «Nous sommes en relation avec notre environnement grâce à nos sens. Ils nous permettent d'être informés, de communiquer, d'agir- et d'ajuster sans cesse nos actions en fonction de ce que nous percevons de leurs résultats. Le vieillissement s'accompagne de modifications sensorielles. Grâce aux instruments et appareils dont nous disposons- lunettes, loupes, prothèses auditives, etc. les modifications sensorielles les mieux connues, sans doute parce que ce sont les plus gênantes pour la majorité d'entre nous, concernent l'audition et la vision. Moins on dispose d'informations sur son environnement, plus on risque de s'y sentir en insécurité, plus on risque de mettre alors un frein à ses projets, à ses actions, à ses relations. De nombreux hommes vieux se retirent ainsi des échanges ou se déplacent moins parce qu'ils n'ont pas les informations et garanties suffisantes pour pouvoir le faire sans courir de dangers. Une tâche essentielle pour tous ceux qui prennent soin des hommes vieux, consiste à compenser ces diminutions et leurs conséquences: au risque, lié au vieillissement, d'être moins informé, le prendre-soin doit répondre par une information précise et adaptée.»

Alimentation et déglutition: L'ergothérapeute évalue les besoins pour une prise de repas autonome, adapte le positionnement, fournit des moyens auxiliaires, des couverts ergonomiquement adaptés, des planches de fixation, un plateau rehaussé, etc. Il propose des techniques en lien avec l'aménagement de la table, l'utilisation de contrastes visuels et d'éclairage, la mise en place de techniques de guidance, etc. En collaboration avec le médecin, l'équipe soignante, l'équipe en salle et l'équipe de cuisine, il évalue et propose certaines textures alimentaires.

Rééducation et réadaptation: L'ergothérapeute met en place et / ou poursuit les prestations ergotherapeutiques rééducatives et / ou réadaptatives commencées lors de suivis à domicile, au centre de rééducation ou à l'hôpital. La présence d'un service d'ergothérapie intégré à l'EMS peut permettre un retour plus rapide dans le lieu de vie, suite à une hospitalisation et ainsi favoriser la préservation des habitudes de

vie et des automatismes. L'ergothérapeute, en collaboration avec les équipes de soins, le médecin et la physiothérapeute, évalue les risques de chute et fournit des moyens auxiliaires sécuritaires pour les déplacements, tels que cannes, déambulateurs et chaises roulantes. Il organise les démarches pour l'achat de chaussures adaptées, en collaboration avec la pédicure, les proches et les orthopédistes.

Aménagements de l'environnement

Prévention des chutes: L'ergothérapeute propose des aménagements de l'environnement sécuritaire tels que l'installation de barres d'appui et rampes, l'élimination des embûches sur les lieux de passage, la luminosité des couloirs, des ascenseurs, des lieux collectifs et des chambres, la réduction des sources d'éblouissement, le marquage des marches d'escalier, l'utilisation des contrastes, etc.

Affichage et signalétique: L'ergothérapeute permet un accès facilité aux informations grâce à des affichages adaptés aux handicaps visuels et/ou cognitifs. Il utilise les contrastes, l'éclairage et l'agrandissement des caractères. Il propose des projets de signalétiques et participe à leur mise en œuvre, il fait des propositions à la direction et prend des contacts avec différents spécialistes en architecture gérontologique, en signalétiques d'EMS, etc. Des visites d'institutions récemment rénovées ou construites sont entreprises afin de contribuer à l'amélioration permanente de l'institution.

Aménagements des lieux collectifs et privés:

La mise en place d'une ergothérapie intégrée à l'EMS facilite l'instauration de relations étroites avec les différents secteurs de l'institution. Le travail en interprofessionnalité est inhérent à tout projet institutionnel. Par exemple, pour les aménagements des lieux collectifs tels que cafétéria, salle à manger, salle polyvalente et ascenseurs, la collaboration avec le service technique, l'intendance, la cuisine, l'équipe de salle, l'animation et l'équipe de soins est indispensable. Pour l'aménagement des chambres et des salles de bains des résidents, l'équipe de soins, l'intendance, le service technique et l'équipe thérapeutique sont les parties prenantes, mais l'ergothérapeute apporte aussi sa contribution en proposant d'utiliser les contrastes et les couleurs comme moyen de repère pour l'orientation vers les éléments architecturaux importants tels qu'ascenseurs, horloges, escaliers, portes.

Quelques exemples d'aménagements

- Choix de sol, des tables et chaises de la salle à manger selon les principes de contraste, pour éviter l'éblouissement ou pour optimiser l'éclairage
- Dispositif d'atténuation des sons par la pose de panneaux anti-bruits
- Organisation de la pose et achat d'une boucle magnétique pour les appareils acoustiques dans les lieux communautaires

- Choix de luminaires pour les lieux de passage, les lieux communs et les lieux privés: luminosité homogène, flux lumineux direct et/ou indirect, sources non visibles, luminance, éblouissement, couleurs des tubes fluorescents, nombre de lux
- Choix de stores et/ou rideaux permettant l'atténuation de la lumière du jour
- Eclairage des entrées adapté aux difficultés d'adaptation à la lumière des personnes âgées, éclairage des escaliers
- Proposition d'installation de variateurs de flux lumineux dans les espaces communs, comme la salle polyvalente ou la salle à manger ainsi que dans les chambres afin d'adapter la luminosité aux besoins selon les différentes activités effectuées, la lumière du jour et les capacités visuelles des résidents.
- Propositions lors de l'aménagement d'une chambre pilote avec salle de bain privée alliant différents aspects liés à l'âge: mobilité réduite, déficits visuels, auditifs, habitudes de vie, etc.

Thérapies en groupe

Les thérapies en groupe sont des thérapies individuelles qui se font au sein d'un groupe afin d'en utiliser la dynamique pour renforcer la stimulation, la valorisation, l'implication ainsi que les aspects de socialisation. Les entraînements de la mémoire sont adaptés à la gravité de l'atteinte, en cas de démence, et les activités proposées sont analysées et adaptées en fonction des objectifs thérapeutiques individuels. Les aspects du «cadre» comme élément thérapeutique sont appliqués lors des trois types de groupes proposés en ergothérapie. «Le cadre, à savoir un lieu dans lequel se déroule l'action. Un setting ou dispositif redondant et précis, respectant un certain nombre de règles, un plan à suivre. Vient ensuite le rythme, traduisant la notion de régularité et la temporalité, introduisant la notion d'étape impliquant un début et une fin. Cet ensemble est un langage riche en significations infra-verbales permettant une structuration nécessaire et substitutive lorsque le langage verbal devient incertain.» (Manidi, 2005).

1. Le groupe mémoire

Chaque semaine, l'ergothérapeute organise et anime un groupe mémoire composé de cinq à six personnes, toujours les mêmes, au même endroit, à la même heure, avec la même trame de déroulement de la séance. Avec l'accord du résident et de sa famille, l'ergothérapeute invite le résident à participer à un groupe mémoire d'essai, afin de déterminer son appartenance à tel ou tel groupe. Si la personne ne prend pas de plaisir, elle peut à tout moment stopper sa participation. La composition des groupes est définie en fonction des capacités mnésiques des participants. Un bilan des compétences cognitives en ergothérapie, donc dans une situation de mise en action,

est effectué par l'ergothérapeute, afin de proposer des activités adaptées aux potentiels de la personne. Le souci permanent est d'offrir des occupations qui ne soient ni sur-stimulantes, ni sous-stimulantes et «...d'afficher des succès, porteurs de connotation positive et d'incitation à un regain d'activité dans la vie quotidienne aussi.» (Held et Ermini-Fünfschilling, 2010). La personne bénéficie ensuite d'un entraînement cognitif au sein de l'un des groupes mémoire. Les observations sont enregistrées dans le dossier informatisé, par le biais du bilan de compétences en ergothérapie, afin de mettre à profit, aussi souvent que possible, les capacités restantes des résidents dans les différents contextes de leur vie quotidienne. Depuis plusieurs années que je propose de tels groupes, j'ai remarqué l'importance du sentiment d'appartenance qu'ils procurent. Les participants y développent des rôles selon leur personnalité et mon attention s'est concentrée sur la possibilité de chacun d'y trouver sa place. Malgré la désorientation et souvent la perte du langage cohérent, les personnes démentes ont les mêmes besoins d'appartenance que nous tous. Selon Feil, (2014) «Quand ils ont perdu la capacité de communiquer verbalement, ils produisent des sons pour exprimer leurs émotions. Et, ce qui m'est apparu comme le plus important, malgré leur désorientation, ils conservent en eux les besoins humains essentiels: le désir d'appartenance, l'importance d'avoir une identité, l'envie de s'exprimer».

Déroulement d'une séance

- Préparation des exercices et/ou activités d'entraînement
- Adaptation des supports présentés aux participants selon les principes de la basse-vision
- Utilisation de plusieurs canaux sensoriels: vision, audition, toucher, goût, etc
- Stimulation de plusieurs types de mémoires
- Préparation de la salle d'ergothérapie
- Réduction des sources d'éblouissement et adaptation de l'éclairage
- Attribution préalable des places selon la mobilité des résidents
- Installation du matériel sur la table
- Accompagnement des résidents depuis leur étage jusqu'à l'atelier d'ergothérapie
- Vérification des moyens auxiliaires: lunettes de lecture, appareils acoustiques, etc
- Accueil et installation à l'atelier d'ergothérapie
- Rappel de la raison de la rencontre
- Orientation spatio-temporelle
- Présentation des résidents entre eux
- Instauration d'une dynamique positive par divers échanges
- Présentation du thème abordé
- Progression d'exercices adaptés aux compétences de chacun et en lien avec les objectifs thérapeutiques

- Gestion de la dynamique
- Dosage exercices et échanges
- Gestion du temps, de la sécurité et du confort
- Répartition des temps d'échanges et de travail
- Favoriser les interactions et les prises de parole
- Cadrer les débordements si nécessaire, recentrer sur les objectifs de la séance
- Rebondir sur les éléments apportés par les participants et y répondre si possible, sinon différer la réponse à la prochaine séance.
- Clôture de la séance
- Signalement du temps restant et de la fin de la séance
- Discussion sur la prochaine séance (thèmes), transmission de la date
- Accompagnement des résidents pour le retour
- Retranscription des observations dans le bilan cognitif et dans le bilan compétences

2. Les groupes mobilité / motricité

Comme pour le groupe mémoire, chaque semaine, l'ergothérapeute organise et anime un groupe mobilité/motricité composé de cinq à six personnes. La collaboration avec la physiothérapeute est parfois sollicitée. La composition des groupes s'effectue en fonction d'objectifs thérapeutiques en lien avec certaines limitations motrices, sensibles, et kinesthésiques des participants. Exemples: groupe équilibre debout – groupe motricité fine – groupe habiletés gestuelles du quotidien – groupe prévention chute. Avec l'accord du résident, l'ergothérapeute invite le résident à participer à l'un des groupes. Si la personne ne prend pas de plaisir, elle peut à tout moment stopper sa participation. Un bilan des différentes compétences et / ou limitations sera effectué ainsi qu'une description des dispositifs d'aide à l'autonomie et/ou des moyens auxiliaires nécessaires. La personne bénéficiera ensuite d'un entraînement au sein d'un des groupes pendant six mois. Ensuite, les observations seront enregistrées dans le dossier informatisé par le biais du bilan de compétences en ergothérapie et du bilan moteur, afin de mettre à profit, aussi souvent que possible, les capacités restantes des résidents dans les différents contextes de leur vie quotidienne.

Déroulement d'une séance

- Préparation des exercices et / ou activités d'entraînement
- Etablissement des séquences d'exercices de la séance selon objectifs
- Anticipation des alternatives aux exercices pour la simplification ou complexification
- Préparation de la salle d'ergothérapie
- Installation du matériel
- Réduction des sources d'éblouissement et adaptation de l'éclairage
- Accompagnement des résidents depuis leur étage jusqu'à l'atelier d'ergothérapie

- Vérification des moyens auxiliaires: déambulateurs, cannes, chaussures, chaise roulante, lunettes, appareils acoustiques
- Accueil et installation
- Rappel de la raison de la rencontre
- Présentation des résidents entre eux
- Instauration d'une dynamique positive
- Progression d'exercices adaptés aux compétences de chacun (complexification ou simplification)
- Gestion de la dynamique:
 - dosage exercices et échanges
 - être garant du temps, de la sécurité et du confort
 - favoriser les interactions
 - cadrer les débordements si nécessaire, recentrer sur les objectifs de la séance
- Clôture de la séance
- Signalement du temps restant et de la fin de la séance et discussion sur la prochaine séance, transmission de la date
- Accompagnement des résidents pour le retour

Spécialisation en basse-vision

3. Le groupe basse-vision

En tant qu'ergothérapeute spécialisée en réadaptation de personnes malvoyantes et aveugles, je gère deux groupes de résidents malvoyants composé de quatre à cinq personnes. Les participants sont répartis selon leur handicap visuel afin de pouvoir entraîner les fonctions visuelles résiduelles de manière ciblée.

Avec l'accord du résident et de sa famille et suite à la consultation ophtalmologique mensuelle intra-muros, je fais un bilan fonctionnel lors de quelques séances individuelles. Ce bilan consiste à évaluer les demandes du résident, puis à effectuer les mesures fonctionnelles permettant de déterminer si la prise en charge va se diriger vers une adaptation des lunettes en collaboration avec l'opticien spécialisé, vers l'utilisation de moyens auxiliaires, vers des adaptations de l'environnement ou vers une réadaptation visuelle dans le groupe de résidents malvoyants. La personne bénéficiera ensuite d'un entraînement spécifique au sein du groupe basse-vision. Les observations, les adaptations d'environnement et les moyens auxiliaires utilisés seront enregistrés dans le dossier informatisé par le biais du bilan de compétences en ergothérapie, afin de mettre à profit, aussi souvent que possible, les capacités restantes des résidents dans les différents contextes de leur vie quotidienne.

But

- Optimisation des ressources visuelles des résidents malvoyants.
- Objectifs
- Maintien et/ou développement des capacités d'autonomie dans certains actes quotidiens en vue de favoriser l'estime de soi et la qualité de vie
- Aide à l'intégration dans le lieu de vie par le développement d'un réseau social

- Entraîner la lecture, l'écriture, la signature et autres habiletés gestuelles de la vie quotidienne
- Entraîner différents types de vision: de loin – intermédiaire – de près
- Entraîner à l'utilisation d'une vision excentrée en cas de DMLA (nouveau point de fixation)
- Intégrer et entraîner l'utilisation de moyens auxiliaires et autres aides techniques spécifiques
- Entraîner l'équilibre, la coordination des gestes, le schéma corporel, la proprioception par des exercices de mobilisation adaptés
- Favoriser les rencontres et les échanges avec d'autres résidents et prévenir l'isolement
- Entraîner les déplacements dans l'institution (utilisation des ascenseurs – des escaliers etc)
- Gestion de la consultation ophtalmologique

Depuis presque 15 ans, l'institution s'est dotée d'un cabinet d'ophtalmologie équipé, afin de pouvoir accueillir un jour par mois une ophtalmologue. La gestion de cette consultation: organisation des rendez-vous, participation à toutes les consultations, élaboration des comptes-rendus, organisation des suivis comme examens complémentaires ou opérations, transmission aux familles et aux équipes est placée sous la responsabilité de l'ergothérapeute spécialisée en basse-vision. Cette collaboration étroite est très précieuse pour moi car elle me permet d'effectuer mes différentes interventions en basse-vision, en connaissant les déficits visuels des résidents et leur suivi. Lors de la consultation, l'ophtalmologue peut rassurer les résidents en les orientant vers une suite d'accompagnements en basse-vision.

– Évaluation des besoins d'adaptation grâce aux outils spécifiques:

- Test du besoin de grossissement
 - Test du besoin en contraste (LCS) - Essais d'additions et/ou de verres filtrants - Optimisation de l'éclairage
 - Évaluation des gênes visuelles et fonctionnelles: Éblouissement - Atteintes du champ visuel - Atteintes de la vision centrale – Hémianopsie – Scotomes - Vision floue - Altération de la perception des contrastes - Altération de la vision des couleurs
 - Évaluation et entraînement aux déplacements dans l'institution: Essais de canne d'appui ou de canne-signé blanche ou adaptation du déambulateur en canne-signé et canne d'appui - Prise de repères spatiaux - Utilisation des boutons d'ascenseur
- Évaluation, essais et entraînements des moyens auxiliaires et/ou autres moyens spécifiques à l'approche basse-vision:
- Moyens auxiliaires: montres et réveils parlants, téléphone à grosses touches, luminaires, lutrins etc.
 - Moyens grossissants: loupes, lunettes-loupes
 - Moyens électroniques: appareils de lecture, livres électroniques, lecteurs d'étiquettes, technolo-

- gies telles que Ipad, Iphone, ordinateurs adaptés etc.
- Adaptations «maison» avec des repères tactiles ou des caches facilitant l'utilisation des appareils
 - Installations diverses favorisant la lecture ou d'autres activités quotidiennes
 - Surélévation de l'assise par des coussins ou des releveurs de pieds de chaises, Table inclinable
 - Agencement de la chambre en fonction des sources lumineuses
 - Installation couchée pour la lecture au lit
 - Installation d'un lecteur de livres parlés dans la table de nuit
 - Installation de luminaires sur pied à la salle de bain

Un opticien spécialisé en basse-vision effectue régulièrement des services optiques au sein de l'institution. Ceux-ci permettent l'élaboration de moyens optiques plus spécifiques: lunettes-loupes, monoculaires, télélopes etc.

Sensibilisation du personnel et des proches

Comme pour toutes les autres réadaptations entreprises en ergothérapie, une sensibilisation aux différents déficits visuels en lien avec l'âge est indispensable. Cette sensibilisation, qui vise la compréhension des handicaps visuels et leurs conséquences par le plus grand nombre possible des personnes entourant le résident malvoyant, permet une représentation des compétences visuelle au plus près possible de la réalité car il peut y avoir une optimisation ou une minimisation des possibilités fonctionnelles de la personne. Formation/Action en basse-vision dans les EMS du canton de Neuchâtel Pour cet automne, en collaboration avec le Centrevue (Centre spécialisé pour Handicapé de la Vue, pour le canton de Neuchâtel), nous organisons, avec une collègue ergothérapeute spécialisée et une assistante sociale, une formation/action destinée au personnel des différentes institutions gériatriques du canton de Neuchâtel. Notre but est de former des personnes ressources au sein des institutions afin de permettre des actions favorisant l'accueil adapté des personnes âgées malvoyantes ou aveugles. Cette formation est fortement inspirée du modèle genevois de formation/action organisé par l'ABA / CIR, Association pour le bien des Aveugles et malvoyants / Centre d'Information et de Réadaptation et la FEGEMS, Fédération Genevoise des Etablissements Médicaux-Sociaux.

Projets et développements pour le Home de la Sombaille

Un groupe de travail se réunit actuellement afin d'améliorer l'accueil à l'entrée du résident dans l'institution. Ce que je souhaite proposer concernant l'ergothérapie est un accueil en trois étapes.

- Les premiers jours: premiers contacts en lien avec les besoins urgents en moyens auxiliaires nécessaires au déplacements, aux repas ainsi que les installations en fauteuil roulant et/ou au lit.
- Les deux premières semaines: évaluation et réponses aux besoins concernant les moyens auxiliaires tels qu'appareils acoustiques, chaussures et organisation de la consultation ophtalmologique.
- Environ un mois après l'entrée: discussion avec le résident concernant les groupes en ergothérapie et prise de contact avec la famille afin de présenter le catalogue des prestations en ergothérapie remis au résident à l'entrée dans l'EMS. Cette discussion a pour but de s'accorder sur l'accompagnement en ergothérapie sur le long terme. La proposition est faite à chaque résident, de participer à un groupe mémoire afin de valoriser ses compétences et de participer à son intégration dans le nouveau lieu de vie.

Nutrition

Un groupe de travail se réunit actuellement autour d'un projet interdisciplinaire concernant la nutrition. Les ergothérapeutes y participeront plus spécifiquement pour les problèmes de déglutition et de textures. Ils feront également des propositions concernant les positionnements, les moyens auxiliaires et les aménagements de l'environnement à instaurer.

Nouveau bâtiment destiné à l'accueil de résidents présentant des troubles cognitifs

Actuellement, le service d'ergothérapie s'inscrit dans ce projet de construction, avec collecte des informations sur les principes architecturaux et environnementaux pratiqués en Suisse. Des visites d'EMS et des contacts sont pris en matière de signalétique et d'aménagements gériatriques spécifiques.

Bibliographie

- Bronowska T., Cassou B., Dubois-Sauvecanne, J.Y., Gonnet, A., Hamon, M. L., & Leyglène, M. (1993) La relation psychosociale avec les personnes âgées. Toulouse: Ed. Privat
- Feil Naomi., (2014) La validation mode d'emploi. Techniques élémentaires de communication avec les personnes âgées sénielles atteintes de démence type Alzheimer. Paris: Ed. Pradel
- Gineste, Y., Pellissier, J. (2011). Humanitude. Comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux. Paris: Armand Colin
- Held Ch., Ermini-Fünfschilling D. (2010) Maladie d'Alzheimer: Accueillir la démence. Organisation du cadre de vie, des services et des soins. Chêne-Bourg/Genève: Ed. Médecine et Hygiène.
- Manidi M.-J., (2005) Ergothérapie comparée en santé mentale et psychiatrie. Lausanne: Cahiers de l'éesp
- Ploton L., (2011) La personne âgée, son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence. Lyon: Chronique Sociale
- Treusch Yvonne., (2015). Ergothérapie für PflegeheimbewohnerInnen mit demenzassoziierter Apathie. Zürich: ZHAW
- Tissot Pierrette., (2012). Basse-vision en EMS. Développement d'une pratique institutionnelle de l'ergothérapie spécialisée en basse-vision par la mise en place et la conceptualisation d'un groupe de résidents malvoyants. Travail de diplôme pour l'obtention du diplôme supérieur de spécialiste en réadaptation de personnes malvoyantes et aveugles. St.-Gall: UCBA

Für einen internen ergotherapeutischen Dienst in Alters- und Pflegeheimen

Ergotherapeutinnen: Förderinnen der Autonomie und Selbstständigkeit bis ans Lebensende

Pierrette Tissot In den letzten zehn Jahren hat sich das Profil der älteren Menschen in den Alters- und Pflegeheimen, parallel zur Alterung der Bevölkerung und der Anpassung der kantonalen Gesundheitspolitiken, stark verändert. Auch die von verschiedenen Akteuren erbrachten Therapieleistungen im Bereich der Betreuung älterer Menschen sind im Wandel begriffen.

Die Frage des Stellenwerts der Ergotherapie innerhalb der Institutionen für ältere Menschen ist für mich unumgänglich, beschäftigt sich die Ergotherapie doch mit der Qualität und der Wirksamkeit der verschiedenen Pflegeleistungen. Ich werde in diesem Artikel ein Beispiel aus dem Berufsalltag in einem Alters- und Pflegeheim vorstellen, bin mir aber sehr wohl bewusst, dass es, wie üblich in der Ergotherapie, verschiedene Arten gibt, unseren Beruf auszuüben. Im Pflegeheim La Sombaille sind wir drei Ergotherapeutinnen mit einem VZÄ von 170%, die für 128 Bewohnende zuständig sind. Bezüglich der Leistungsübernahme durch die Krankenversicherungen sind wir eine Organisation der Ergotherapie und stellen unsere Leistungen gemäss dem KVG seit 2011 in Rechnung. Seit Kurzem arbeiten wir eng mit einer Kunsttherapeutin mit 30 Stellenprozenten und einer Psychologin mit 50 Stellenprozenten zusammen, die ebenfalls von der Institution angestellt sind. Dieser Artikel hat zum Ziel, eine bestimmte ergotherapeutische Praxis, die immer seltener wird und in unserem Berufsstand nicht immer den besten Ruf hat, in ein besseres Licht zu rücken. Mit derselben Absicht, diese Berufspraxis zu fördern, unterrichte ich auch als Praxisausbildnerin an der Hochschule für Soziale Arbeit und Gesundheit (éesp) in Lausanne. Diesen Frühling wurde im Rahmen der EVS-Weiterbildung ein Kurs mit dem Titel «Meine Zukunft in den Alters- und Pflegeheimen» angeboten und am 27. Oktober 2015 findet anlässlich des Welttags der Ergotherapie im Club 44 in La Chaux-de-Fonds ein runder Tisch zur ergotherapeutischen Praxis mit Demenzkranken statt.

In meiner Funktion besteht die grösste Herausforderung in der Begleitung von älteren Personen mit kognitiven Defiziten. Es handelt sich dabei um eine Herausforderung für alle beruflichen Bereiche der Institu-

tion, und wir alle müssen unsere interprofessionelle Zusammenarbeit nach dem wachsenden Anteil von Personen mit solchen Defiziten (neu)ausrichten. Gleichzeitig dürfen wir aber auch alle anderen Fälle nicht aus den Augen verlieren. Wir müssen also sämtliche Situationen, die in solchen Orten des Zusammenlebens vorkommen können, in unsere Therapieleistungen integrieren. Die Reaktivität, die Reflexion, die Kreativität, der Initiativgeist sowie die Fähigkeit zum Verhandeln, Dezentrieren und sich Anpassen sind unabdingbare Kompetenzen für eine solche Berufspraxis.

Meine Vision, meine Werte

- Der Lebensabschnitt im Alters- und Pflegeheim ist besonders wertvoll, denn es ist schliesslich der letzte. Genau wie dem ersten Lebensabschnitt müssen wir daher auch dem Lebensabend besondere Aufmerksamkeit widmen
- Unsere Therapieleistungen können gemeinsam mit anderen Leistungen zur Verbesserung der Lebensqualität der älteren Menschen in den Heimen beitragen. Für mich ist die Lebensqualität eng mit der Handlungsfähigkeit verknüpft und die Befähigung zum Handeln erscheint mir eine therapeutische Wirkung zu entfalten. «Das Ziel der Ergotherapie ist die Handlungsfähigkeit, die eng mit den Kapazitäten und Kompetenzen verknüpft ist. Unser Handeln ist aber mit zunehmendem Alter immer stärker eingeschränkt... Die Tätigkeit ist der Dreh- und Angelpunkt der ergotherapeutischen Intervention» (Manidi, 2005)
- Als Teil des Personals eines Alters- und Pflegeheims ist die Ergotherapeutin eine Fachperson, die am Alltag der Institution teilnimmt, an ihrer Philosophie beteiligt und Teil ihrer Projekte ist. Die Ergotherapeutin ist einfach zu identifizieren und



Pierrette Tissot

Dipl. Ergotherapeutin, éesp Lausanne, seit 1996, 10 Jahre Berufserfahrung in psychiatrischen Ambulatorien und im Centre psychiatrique in Tavannes, Berner Jura. Seit 2007 als Ergotherapeutin im Home de la Sombaille in La Chaux-de-Fonds tätig und seit 2011 verantwortlich für die Ergotherapeutischen Dienste. CAS de praticienne formatrice HES-S2, Diplom als Spezialistin im Bereich visuelle Behinderung. pierrette.tissot@ne.ch

- steht den Heimbewohnenden, den Angehörigen und dem gesamten Personal zur Verfügung.
- Die Tätigkeit in geriatrischen Institutionen bietet die Möglichkeit, die Beziehungsaspekte ins Zentrum jeder Intervention zu rücken, was ich für unsere Berufspraxis als essentiell erachte.
 - Der Kontext des Lebensortes ermöglicht einen ganzheitlichen Ansatz für alle Bewohnenden, indem sie in ihren Alltagsaktivitäten unterstützt und ihre Lebensgewohnheiten einbezogen werden. Ausserdem wird damit dem klientenzentrierten Ansatz der Ergotherapie Rechnung getragen und die Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit der Heimbewohnenden begünstigt. Oder wie es Gineste und Pellissier (2011) formulieren: «Gerade weil unsere Autonomie es uns ermöglicht, uns unsere eigene Welt zu erschaffen und zu bewohnen, sind Krankheiten, die unsere Autonomie einschränken, ein so schwerer Schlag. Unsere Autonomie ist ein kostbares Gut, deshalb ist es wichtig, einen Betreuungsrahmen zu schaffen, der diese von Grund auf respektiert.»
 - Die Rehabilitation von Sinneswahrnehmungen, wie Seh- und Hörvermögen, ist meiner Ansicht nach die Grundlage für einen guten Verlauf unserer ergotherapeutischen Leistungen und für die Umsetzung der verschiedenen Ziele bezüglich der Selbstständigkeit.
 - Ich bin bereits seit längerer Zeit auf die Schwierigkeiten, die Menschen mit Anzeichen einer Demenzerkrankung durchlaufen, sensibilisiert. Der Kontakt mit diesen Personen bringt mir sowohl auf persönlicher wie beruflicher Ebene viel Befriedigung. Die Recherche nach wissenschaftlichen Beweisen für meine Berufspraxis ermöglicht es mir, Letztere wissenschaftlich zu untermauern und in einen grösseren Bezugsrahmen zu stellen. So hatte ich beispielsweise am letzten Schweizer Ergotherapie-Kongress des EVS die Gelegenheit, der Präsentation einer Studie zur Wirksamkeit ergotherapeutischer Interventionen hinsichtlich Apathie bei Demenzkranken (Treusch, 2015) beizuwohnen. Dies hat meinen Ansatz für diese Art von Erkrankungen bestätigt.

Einige Leistungen Einzeltherapien

Motorische Rehabilitation: Die Ergotherapeutin erörtert in Zusammenarbeit mit der medizinischen Fachperson, dem Pflorgeteam, der Physiotherapeutin und den Angehörigen die Bedürfnisse der Heimbewohnenden und zeigt ihnen, wie sie die zur Verfügung stehenden Hilfsmittel für die Fortbewegung, die Transfers oder einen Lagewechsel benützen können. Zu diesem Zweck verfügt die Ergotherapeutin über einen Grundstock an Hilfsmitteln wie Rollstühle, Rollatoren, Gehstöcke, Hilfsmittel für den Transfer, Lage-

rungskissen, orthopädische Schuhe usw. Mithilfe ihres Fachwissens wählt die Ergotherapeutin jeweils das beste Hilfsmittel aus.

Sensorische Rehabilitation: Die Ergotherapeutin ist auch mit Interventionen bei Seh- und Hörschwierigkeiten beauftragt. Sie setzt sich allen Beteiligten in Verbindung, um den Einsatz von verschiedenen Hilfsmitteln bei sensorischen Defiziten (Hörgeräte, Brillen usw.) zu organisieren und zu verbessern. Ausserdem leitet sie die Heimbewohnenden in der Benutzung dieser Hilfsmittel an und instruiert das Behandlungsteam über die Wartung und die nötigen Hilfeleistungen. Sie gibt auch Empfehlungen für eine bessere Kommunikation mit älteren Menschen mit sensorischen Defiziten ab. Um die Nachbetreuung von diversen Leistungen externer Spezialisten sicherzustellen, organisiert die Ergotherapeutin den Termin und begleitet die Heimbewohnenden zu den Hörgeräteakustikern, Orthopädinnen, Optikern, Orthoptistinnen usw. Diese professionelle Begleitung soll die Heimbewohnenden unterstützen, die Angehörigen entlasten, die externen Informationen an die Institution übermitteln und umgekehrt und es den Spezialistinnen ermöglichen, ihre Leistungen unter möglichst guten Bedingungen zu erbringen. Die Ergotherapeutin ist also eine Verbindungsperson zwischen externen und internen Leistungen. «Das Fehlen eines Bindeglieds kann den Nutzen einer Therapie zunichtemachen.» (Ploton, 2011) Die Ergotherapeutin ist eine Fachperson, die mit kompetentem Blick und stetiger Aufmerksamkeit das gute Funktionieren und die fachgerechte Benutzung von Dispositiven zur Unterstützung der Autonomie in Institutionen, von Hilfsmitteln oder von Anpassungen überwacht. Sie erarbeitet Empfehlungen und organisiert Sensibilisierungsanlässe für das Personal und die Angehörigen. Bronowska et al. (1993) formulieren es folgendermassen: «Dank unserer Sinne stehen wir in Verbindung mit unserer Umgebung. Sie ermöglichen es uns, uns zu informieren, zu kommunizieren, zu handeln – und unser Handeln stets in Bezug auf die wahrgenommenen Ergebnisse anzupassen. Der Prozess des Alterns wird von sensorischen Veränderungen begleitet. Dank der zur Verfügung stehenden Instrumente und Apparate – Brillen, Vergrösserungsgläser, Hörgeräte usw. – [...] sind die bekanntesten Sinnesveränderungen, wohl da die meisten von uns sie als am stärksten einschränkend empfinden, die Seh- und Hörbehinderungen. Je weniger Informationen man über seine Umgebung empfängt, desto eher empfindet man Unsicherheit und desto eher schränkt man seine Projekte, Unternehmungen und Beziehungen deswegen ein. Viele ältere Menschen ziehen sich von ihren Mitmenschen zurück oder gehen kaum mehr vor die Tür, da sie nicht mehr über die nötigen Informationen und Garantien verfügen, um dies ohne allzu grosse Risiken tun zu können. Eine wichtige Aufgabe für alle, die

an der Betreuung älterer Menschen beteiligt sind, liegt in der Kompensierung dieses Informationsdefizits und seiner Konsequenzen: Dem Risiko eines Informationsdefizits aufgrund des hohen Alters muss mit präzisen und angemessenen Informationen entgegen gewirkt werden.»

Ernährung und Schluckbeschwerden: Die Ergotherapeutin erörtert die Bedürfnisse für eine selbstständige Nahrungsaufnahme, passt die Lagerung des Patienten an, liefert die Hilfsmittel, das ergonomisch angepasste Besteck, eine rutschfeste Unterlage, ein höhenverstellbares Tablett usw. Sie schlägt Techniken für die Anordnung des Tisches, den Einsatz von visuellen Kontrasten und der Beleuchtung, die Anwendung von Betreuungstechniken usw. vor. In Zusammenarbeit mit der medizinischen Fachperson, dem Pflege team und dem Service- und Küchenteam schlägt sie eine bestimmte Konsistenz für die Nahrungsmittel vor.

Reedukation und Rehabilitation: Die Ergotherapeutin initiiert reedukative und / oder rehabilitative Leistungen oder führt diese fort, falls sie bereits beim Patienten zuhause, in einem Rehabilitationszentrum oder im Spital begonnen wurden. Das Vorhandensein eines in das Alters- und Pflegeheim integrierten ergotherapeutischen Dienstes kann die Rückkehr an den Lebensort nach einer Hospitalisierung beschleunigen und dadurch die Aufrechterhaltung von Lebensgewohnheiten und Automatismen begünstigen.

Sturzprävention: Die Ergotherapeutin erörtert in Zusammenarbeit mit dem Betreuungsteam, der medizinischen Fachperson und der Physiotherapeutin die Sturzgefahren und stellt sicherheitsfördernde Hilfsmittel für die Fortbewegung bereit, z.B. Gehstöcke, Rollatoren und Rollstühle. Sie leitet in Zusammenarbeit mit der Pedicure, den Angehörigen und den Orthopädinnen die nötigen Schritte für den Kauf von angepassten Schuhen in die Wege.

Anpassung der Umgebung

Sturzprävention: Die Ergotherapeutin macht Vorschläge für eine sicherheitsfördernde Anpassung der Umgebung wie etwa die Installation von Geländern und Rampen, die Entfernung von möglichen Stolpersteinen, die Beleuchtung der Korridore, Lifte, Gemeinschaftsräume und Zimmer, die Reduktion von Blendungsquellen, die Markierung der Treppenstufen, der Einsatz von Kontrasten usw.

Aushänge und Beschilderung: Die Ergotherapeutin erleichtert mittels für Seh- und / oder Hörbehinderte angepassten Aushängen den Zugang zu Informationen. Sie setzt dafür Kontraste, eine gute Beleuchtung und grosse Buchstaben ein. Sie macht Vorschläge zur besseren Beschilderung und beteiligt sich an deren Umsetzung, sie unterbreitet der Heimleitung Vorschläge und nimmt Kontakt auf mit Spezialisten für gerontologische Architektur oder für Beschilderung in Alters- und Pflegeheimen usw. Zum

Teil werden auch Besichtigungen von kürzlich renovierten oder neu gebauten Alters- und Pflegeheimen durchgeführt, um Ideen für die permanente Verbesserung der Institution einbringen zu können.

Anpassung der Gemeinschaftsräume und Zimmer: Eine in die Institution integrierte Ergotherapie begünstigt eine gute Zusammenarbeit der verschiedenen Bereiche des Alters- und Pflegeheims. Schliesslich ist die interprofessionelle Zusammenarbeit für jedes institutionelle Projekt von grosser Bedeutung. So ist zum Beispiel die Zusammenarbeit mit dem technischen Dienst, der Verwaltung, der Küche, dem Serviceteam, der Leitung und dem Pflegeteam für die fachgerechte Anpassung der kollektiven Räume wie der Cafeteria, des Speisesaals, des Mehrzweckraums und des Lifts unabdingbar. Für die Einrichtung der Zimmer und Badezimmer der Heimbewohnenden sind es das Pflegeteam, die Verwaltung, der technische Dienst und das Therapieteam, die dafür verantwortlich zeichnen, aber die Ergotherapeutin trägt ebenfalls ihren Teil bei, indem sie vorschlägt, Kontraste und Farben als Orientierungshilfen für die Kennzeichnung wichtiger Elemente wie des Lifts, der Wanduhren, der Treppen und Türen usw. einzusetzen.

Einige Beispiele:

- Auswahl des Bodens, der Tische und Stühle im Speisesaal gemäss den Kontrastprinzipien, um Blendungsquellen zu vermeiden und die Beleuchtung zu optimieren
- Schalldämpfungs Vorrichtung durch das Anbringen von Lärmschutzplatten
- Organisation und Anbringen einer Ringschleife für die Hörgeräte in den Gemeinschaftsräumen
- Beleuchtungskonzepte für die Korridore, Gemeinschaftsräume und Zimmer: homogene Lichtverhältnisse, direkte und/oder indirekte Beleuchtung, unsichtbare Quellen, Helligkeit, Blendung, Farbe der Leuchtstoffröhren, Anzahl Lampen, Normen
- Auswahl der Rollläden und/oder Vorhänge, die das Dämpfen des Tageslichts ermöglichen
- Auf ältere Menschen angepasste Beleuchtung der Eingänge, Beleuchtung der Treppen mit Markierung der einzelnen Tritte
- Vorschlag zur Installation von Helligkeitsreglern (Dimmern) in den Gemeinschaftsräumen, dem Mehrzweckraum oder dem Speisesaal sowie in den Zimmern, um die Beleuchtung an die Bedürfnisse der verschiedenen Tätigkeiten, das Tageslicht und die visuellen Kapazitäten der Heimbewohnenden anpassen zu können.
- Vorschlag zur Einrichtung eines Modellzimmers mit eigenem Bad, anhand dessen verschiedene altersbedingte Aspekte aufgezeigt werden können: eingeschränkte Mobilität, Seh- und Hörbehinderungen, kognitive Defizite, Lebensgewohnheiten usw.

Gruppentherapien

Gruppentherapien sind individuelle Therapien, die in einer Gruppe durchgeführt werden, um von den Dynamiken profitieren zu können und dadurch die Stimulation, den Wert, die Wirkung und die sozialen Aspekte zu verstärken. Das Gedächtnistraining wird bei Demenzkranken dem Grad der Erkrankung angepasst und die Aktivitäten werden mit Hilfe der individuellen Therapieziele analysiert und angepasst.

Die Aspekte des «Rahmens» werden bei drei verschiedenen ergotherapeutischen Gruppentherapien als Therapieelemente eingesetzt. «Der Rahmen. d.h. der Ort, an dem die Tätigkeit stattfindet. Ein klares und redundantes Setting oder Dispositiv, gewisse Regeln befolgend, ein vorgegebener Plan. Dazu kommt der Rhythmus, der die Aspekte der Regelmässigkeit und der Zeitlichkeit einbringt, die Vorstellung eines Zeitabschnittes, der einen Anfang und ein Ende hat. Dieses Gesamtsetting ist reich an nicht-verbalen Bezugspunkten, die eine Strukturierung schaffen, wenn die verbale Kommunikation dies nicht mehr verlässlich zu gewährleisten vermag.» (Manidi, 2005).

1. Die Gruppe Gedächtnistraining

Die Ergotherapeutin leitet jede Woche eine Gruppe von fünf bis sechs Personen für das Gedächtnistraining – immer die gleichen Personen, am selben Ort, zur gleichen Zeit, mit dem gleichen Ablauf bei jedem Treffen. In Absprache mit den Heimbewohnenden und den Angehörigen lädt die Ergotherapeutin die Heimbewohnenden ein, probeweise an einem Gedächtnistraining teilzunehmen, aufgrund dessen die Person dann in eine Gruppe eingeteilt werden kann. Falls ihr das Training keine Freude bereitet, kann sie jederzeit damit aufhören. Die Gruppeneinteilung erfolgt anhand des Niveaus der Gedächtniskapazitäten der Teilnehmenden. Die Ergotherapeutin evaluiert auch die kognitiven Kompetenzen während der Ergotherapie, d.h. beim Ausüben einer Tätigkeit, um so an das individuelle Niveau angepasste Tätigkeiten vorschlagen zu können. Die Herausforderung besteht dabei darin, Tätigkeiten zu finden, die weder über- noch unterstimulierend sind und die «zu Erfolgen führen, da diese einen positiven Einfluss auf die Wiederaufnahme von alltäglichen Aktivitäten haben können.» (Held und Ermini-Fünfschilling, 2010). Anschliessend können die Heimbewohnenden von einem kognitiven Training in einer der Gedächtnistraining-Gruppen profitieren. Die Beobachtungen werden in den elektronischen Patientendossiers im Bereich der ergotherapeutischen Kompetenzbilanz festgehalten, damit die verbleibenden Kapazitäten der Heimbewohnenden in den verschiedenen Bereichen ihres Alltags so oft wie möglich genutzt werden können. Ich biete solche Gruppen bereits seit mehreren Jahren an und mir fällt immer wieder auf, wie wichtig das Zugehörigkeitsgefühl ist, das sie schaffen. Die Teilnehmenden entwickeln dabei Rollen gemäss ihrer Persönlich-

keit und ich richte meine Aufmerksamkeit vor allem darauf, dass jede und jeder von ihnen ihren bzw. seinen Platz findet. Trotz der Desorientierung und häufig auch dem Verlust einer kohärenten sprachlichen Ausdrucksfähigkeit haben Demenzkranke die gleichen Bedürfnisse nach Zugehörigkeit wie wir. Feil (2014) schreibt: «Wenn sie die Fähigkeit zur verbalen Kommunikation verloren haben, produzieren sie stattdessen Töne, um ihre Gefühle auszudrücken. Und am wichtigsten erscheint mir, dass sie trotz ihrer Desorientierung die essenziellen menschlichen Bedürfnisse empfinden: den Wunsch nach Zugehörigkeit, das Streben nach einer eigenen Identität, das Bedürfnis, sich auszudrücken.»

Ablauf der Treffen:

- Vorbereitung der Übungen und / oder Trainingsaktivitäten
- Anpassung der Hilfsmittel für die Teilnehmenden gemäss den Low-Vision-Prinzipien
- Einsatz verschiedener Sinneskanäle: Sehen, Hören, Tasten, Schmecken usw.
- Stimulation von mehreren Gedächtnistypen
- Vorbereitung des Ergotherapie-Raumes
- Reduzierung der Blendungsquellen und Anpassung der Beleuchtung
- Platzzuweisung gemäss der Mobilität der Heimbewohnenden
- Auslegen der Unterrichtsmaterialien auf dem Tisch
- Begleitung der Heimbewohnenden von ihrem Stockwerk bis in den Ergotherapie-Raum
- Überprüfung der Hilfsmittel: Lesebrillen, Hörgeräte usw.
- Empfang und Begrüssung
- Erinnerung an den Anlass des Treffens
- Räumlich-zeitliche Organisation
- Gegenseitiges Vorstellen der Heimbewohnenden
- Diverser Austausch zur Erzeugung einer positiven Dynamik
- Vorstellen des Themas
- Abfolge von Übungen, die an die Therapieziele und die Kompetenzen der einzelnen Teilnehmenden angepasst sind
- Steuerung der Dynamik
- Ausgleich zwischen Übungen und Austausch
- Die Zeit, die Sicherheit und den Komfort der Teilnehmenden im Auge behalten
- Aufteilen der Zeit für den Austausch und das Training
- Begünstigen von Interaktionen und Wortmeldungen
- Ausschweifungen falls nötig beenden, zum Thema zurückführen
- Auf die von den Teilnehmenden eingebrachten Elemente eingehen und falls möglich antworten, ansonsten die Antwort auf das nächste Treffen vertagen
- Abschluss des Treffens

- Auf die verbleibende Zeit und das Ende des Treffens hinweisen
- Diskussion zum nächsten Treffen (Themen), Bekanntgeben des Datums
- Die Teilnehmenden auf ihr Zimmer begleiten
- Die Beobachtungen in die Gedächtnis- und Kompetenzbilanz eintragen

2. Die Gruppe Mobilität / Motorik

Wie für das Gedächtnistraining leitet die Ergotherapeutin ebenfalls jede Woche eine Gruppe Mobilität / Motorik von fünf bis sechs Personen. Diese findet manchmal in Zusammenarbeit mit der Physiotherapeutin statt. Die Zusammensetzung der Gruppen wird gemäss den Therapiezielen und den verschiedenen motorischen, sensorischen und kinästhetischen Einschränkungen der Teilnehmenden bestimmt. Beispiel: Gruppe Gleichgewicht im Stehen – Gruppe Feinmotorik – Gruppe alltägliche Abläufe – Gruppe Sturzprävention usw. In Absprache mit dem Heimbewohner und seinen Angehörigen lädt die Ergotherapeutin den Heimbewohner zur Teilnahme an einer Gruppe ein. Falls ihm das Training keine Freude bereitet, kann er jederzeit damit aufhören. Die Ergotherapeutin erstellt eine Bilanz der verschiedenen Kompetenzen und / oder Einschränkungen sowie einen Beschrieb des Dispositivs zur Förderung der Autonomie und/oder der nötigen Hilfsmittel. Der Heimbewohner profitiert anschliessend von einem Training in einer der Gruppen während sechs Monaten. Die Beobachtungen werden anschliessend im Bereich der ergotherapeutischen Kompetenzbilanz und der Bilanz der motorischen Fähigkeiten in die elektronischen Patientendossiers eingetragen, damit die Rest-Fähigkeiten der Heimbewohnenden so oft wie möglich in den Bereichen ihres Alltags genutzt werden können.

Ablauf der Treffen:

- Vorbereitung der Übungen und/oder Trainingsaktivitäten
- Festlegen der Abfolge der Übungen gemäss den Therapiezielen
- Vorbereiten von alternativen Übungen, falls vereinfacht oder das Niveau gesteigert werden soll
- Vorbereitung des Ergotherapie-Raumes
- Bereitstellen der Trainingsmaterialien
- Reduzierung der Blendungsquellen und Anpassung der Beleuchtung
- Begleitung der Heimbewohnenden von ihrem Stockwerk bis in den Ergotherapie-Raum
- Überprüfung der Hilfsmittel: Rollatoren, Gehstöcke, Schuhe, Rollstühle, Brillen, Hörgeräte
- Empfang und Begrüssung
- Erinnerung an den Anlass des Treffens
- Gegenseitiges Vorstellen der Heimbewohnenden
- Erzeugen einer positiven Dynamik
- Abfolge von Übungen, die an die Kompetenzen der einzelnen Teilnehmenden angepasst sind (Vereinfachung oder Steigerung des Niveaus)

- Steuerung der Dynamik
- Ausgleich zwischen Übungen und Austausch
- die Zeit, die Sicherheit und den Komfort der Teilnehmenden im Auge behalten
- Interaktionen begünstigen
- Ausschweifungen falls nötig abklemmen, zum Thema zurückführen
- Abschluss des Treffens
- Auf die verbleibende Zeit und das Ende des Treffens hinweisen und Diskussion des nächsten Treffens, Bekanntgeben des Datums
- Die Teilnehmenden auf ihr Zimmer begleiten

Spezialisierung Low Vision

3. Die Gruppe Low Vision

Als Ergotherapeutin mit Spezialisierung für die Rehabilitation von sehbehinderten und blinden Menschen leite ich zwei Gruppen für sehbehinderte Heimbewohnende mit vier bis fünf Teilnehmenden. Die Teilnehmenden sind gemäss ihren visuellen Einschränkungen in die beiden Gruppen eingeteilt, damit die verbleibenden visuellen Funktionen auf gezielte Art und Weise trainiert werden können. In Absprache mit dem Heimbewohner und seinen Angehörigen und im Anschluss an die intern stattfindende monatliche augenärztliche Untersuchung erstelle ich während einiger Einzeltherapiestunden eine Funktionsbilanz. In dieser Bilanz werden die Erwartungen des Bewohners evaluiert und die funktionellen Massnahmen erörtert, anhand deren bestimmt wird, ob in Zusammenarbeit mit dem spezialisierten Augenoptiker die Brille angepasst werden muss oder ob andere Hilfsmittel oder die Anpassung der Umgebung oder ein visuelles Training in der Gruppe Low Vision angezeigt sind. Der Heimbewohner profitiert anschliessend von einem zielgerichteten Training in der Gruppe Low Vision. Die Beobachtungen, die Anpassungen der Umgebung und die verwendeten Hilfsmittel werden in der ergotherapeutischen Kompetenzbilanz im elektronischen Patientendossier erfasst, damit die verbleibenden Kapazitäten der Heimbewohnenden so oft wie möglich im Alltag genutzt werden können.

Ziel

- Die visuellen Ressourcen der Heimbewohnenden mit Sehbehinderung optimieren
- Zielsetzungen
- Aufrechterhaltung und / oder Entwicklung der Kapazitäten, die eine gewisse Autonomie bei bestimmten alltäglichen Tätigkeiten erlauben, um dadurch das Selbstwertgefühl und die Lebensqualität zu verbessern
- Durch die Entwicklung eines sozialen Netzwerks soll auch die Integration in das Lebensumfeld verbessert werden
- Mittel
- Lesen, Schreiben und die Unterschrift sowie anderer alltäglicher Abläufe trainieren

- Verschiedener Arten des Sehens trainieren: Weitsicht – mittlere Distanz – Kurzsicht
- Training des Sehvermögens ausserhalb des zentralen Gesichtsfeldes bei AMD (neuer Fixationspunkt)
- Integration und Training der Benutzung von Hilfsmitteln und anderen technischen Hilfeleistungen im Alltag
- Training des Gleichgewichts, der Koordinationsfähigkeit, des Körperschemas und der Propriozeption durch angepasste Bewegungsübungen
- Förderung von Austausch und Begegnungen mit anderen Heimbewohnenden mit Sehbehinderung und Vorbeugen von Isolierung
- Training der Fortbewegung in der Institution (Benutzung der Lifte, Treppen usw.)

Organisation der augenärztlichen Untersuchung

Die Institution verfügt seit 15 Jahren über eine für die augenärztliche Untersuchung ausgerüstete Praxis, wo für einen Tag pro Monat ein Augenarzt zur Verfügung steht. Die Organisation dieser Untersuchungen liegt in der Verantwortung der auf Low Vision spezialisierten Ergotherapeutin: Vereinbaren des Termins, Teilnahme an allen Terminen, Berichterstellung, Organisation von Folgeterminen wie zusätzliche Untersuchungen oder Operationen, Übermittlung der Informationen an die Angehörigen und das Team usw. Diese enge Zusammenarbeit liegt mir sehr am Herzen, denn so lerne ich die verschiedenen visuellen Defizite der Heimbewohnenden und ihre Behandlung besser kennen und kann meine verschiedenen Interventionen im Bereich Low Vision anpassen. Während der Untersuchung kann der Augenarzt den Heimbewohner beruhigen, indem er ihn über die Folgetherapie im Bereich Low Vision informiert.

Evaluation des Anpassungsbedarfs mittels spezieller Instrumente: Test für die Vergrösserung – Test für den Kontrast (LCS) – Test für Bifokalgläser und / oder Filtergläser – Optimierung der Beleuchtung
Evaluation der visuellen und funktionellen Einschränkungen: Blendung – Einschränkung des Sichtbereichs – Beeinträchtigung des zentralen Sehvermögens – Hemianopsie – Skotome – verschwommenes Sehen – Störung des Kontrastempfindens – Störung der Farbwahrnehmung

Evaluation und Training der Fortbewegung in der Institution: Ausprobieren von Gehstöcken oder weissen Stöcken oder Anpassung des Rollators als weisser Stock oder Gehstock – Erlernen von räumlichen Bezugspunkten – Benutzung der Liftknöpfe
Evaluation, Test und Training der Hilfsmittel und/oder anderer gezielter Hilfeleistungen im Rahmen der

Low-Vision-Ansätze:

- Hilfsmittel: sprechende Uhr und sprechender Wecker, Telefon mit grossen Tasten, Lampen, Leseplatte usw.

- Vergrösserungsmittel: Lupen, Lupenbrillen
- Elektronische Hilfsmittel: Lesegeräte, E-Books, Etikettenlesegeräte, Technologien wie iPad, iPhone, angepasste Computer usw.
- Anpassung des «Hauses» mit Tast-Bezugspunkten oder Einrichtungen für die Benutzung von Apparaten
- Verschiedene Massnahmen zur Erleichterung des Lesens oder anderer Alltagsaktivitäten
- Erhöhung der sitzenden Person durch Kissen oder Stuhlverlängerungen
- Kippbarer Tisch mit Stufen
- Aufteilung des Zimmers gemäss den Lichtquellen
- Leselampenvorrichtung für das Lesen im Bett
- Anbringen eines Hörbuch-Geräts auf dem Nachttisch
- Aufstellen von Stehleuchten im Bad
- Anbringen von Anschlagbrettern für die Aktivitäten der Heimbewohnenden in ihren Zimmern, die gemäss den Low-Vision-Prinzipien angepasst sind

Organisation und Begleitung zum Optikertermin

Ein auf Low Vision spezialisierter Optiker bietet regelmässig seine Dienstleistungen innerhalb der Institution an. Das ermöglicht die Ausarbeitung von spezialisierten optischen Hilfsmitteln: Lupenbrillen, Monokularen, Fernsehlupe usw. Wie bei allen anderen ergotherapeutischen Rehabilitationen ist auch hier die Sensibilisierung für die verschiedenen altersbedingten Sehbehinderungen unabdinglich. Diese Sensibilisierung, die bei möglichst vielen Personen im Umfeld der Heimbewohnenden Verständnis für die visuellen Behinderungen und ihre Konsequenzen schaffen soll, ermöglicht eine Darstellung der visuellen Kompetenzen, die möglichst nahe bei der Realität liegt, wobei eine Optimierung oder Minimierung der funktionellen Möglichkeiten der jeweiligen Person möglich ist. Action Learning im Bereich Low Vision in den Alters- und Pflegeheimen im Kanton Neuenburg. Diesen Herbst organisieren wir in Zusammenarbeit mit dem Centrevue (einem spezialisierten Zentrum für Sehbehinderungen im Kanton Neuenburg) mit einer spezialisierten Ergotherapeutin und einer Sozialarbeiterin eine praxisorientierte Schulung für das Personal der verschiedenen gerontologischen Institutionen im Kanton Neuenburg. Unser Ziel ist es, Vermittlungspersonen innerhalb der Institutionen auszubilden, um damit Massnahmen für einen besseren Empfang von blinden oder sehbehinderten Menschen zu begünstigen. Diese Weiterbildung ist sehr stark von den Genfer Action-Learning-Weiterbildungen inspiriert, die von ABA / CIR, dem Verband für das Wohl von Blinden und Sehbehinderten / Informations- und Rehabilitationszentrum und dem FEGEMS, dem Genfer Verband der medizinisch-sozialen Einrichtungen, organisiert werden.

Projekte und Weiterentwicklungen für das Pflegeheim La Sombaille

Zurzeit finden Treffen einer Arbeitsgruppe statt, um den Empfang der Heimbewohnenden beim Eintritt in die Institution zu verbessern. Was die Ergotherapie betrifft, möchte ich einen Empfang in drei Schritten vorschlagen.

- In den ersten Tagen: erster Kontakt im Zusammenhang mit den dringenden Bedürfnissen für Hilfsmittel für die Fortbewegung, die Mahlzeiten und in Zusammenhang mit einem Rollstuhl und /oder dem Bett
- In den ersten zwei Wochen: Evaluation und Abdeckung der Bedürfnisse für Hilfsmittel wie Hörgeräte, angepasste Schuhe und Organisation der augenärztlichen Untersuchung
- Etwa einen Monat nach dem Eintritt: Gespräch mit dem Heimbewohner über die Ergotherapie-Gruppen und Kontaktaufnahme mit der Familie, um den ergotherapeutischen Leistungskatalog, der dem Heimbewohner bei seinem Eintritt in das Alters- und Pflegeheim übergeben wird, vorzustellen. Dieses Gespräch hat zum Ziel, die ergotherapeutischen Leistungen langfristig

festzulegen. Jedem Heimbewohner wird, mit Wissen seiner Angehörigen, vorgeschlagen, bei einem Gedächtnistraining mitzumachen, um seine Kompetenzen zu evaluieren sowie an der Integration in seinen neuen Lebensort mitzuwirken.

Zurzeit finden Treffen einer Arbeitsgruppe für ein interdisziplinäres Projekt zu Ernährung statt. Die Ergotherapeutinnen konzentrieren sich insbesondere auf Schluckbeschwerden und die Konsistenz der Lebensmittel. Sie machen Vorschläge zur Lagerung, zu den Hilfsmitteln und zur Anpassung der Umgebung.

Neues Gebäude für Heimbewohnende mit kognitiven Störungen

Der ergotherapeutische Dienst beteiligt sich durch Nachforschungen zu den in der Schweiz angewandten architektonischen und umwelttechnischen Prinzipien am Bauprojekt. Es werden auch andere Alters- und Pflegeheime besucht und Kontakte bezüglich der Beschilderung und den spezifischen gerontologischen Anpassungen geknüpft.

Literatur: siehe Originalversion S.28

küschall®
designed for life



Vielseitig, stabil und konfigurierbar sind die küschall Rollstühle, in einer großen Auswahl an Optionen erhältlich, um genau Ihren Anforderungen zu entsprechen und noch größeren Komfort und mehr Flexibilität zu bieten.

Exklusiv und neu ist dieses Modell küschall Ultra-Light mit dem neuen zweifarbigen Rahmen Nitro Pink und Schwarz-Matt ausgestattet. Diese neuen Farben, kombiniert mit den neuen schwarzen Spinergy LXX Hinterrädern, die pro Rad nur 660g wiegen, tragen zu einem frischen und modernen Stil bei.

Entdecken Sie alle Neuheiten 2014 und finden Sie den Händler in Ihrer Nähe auf: www.kuschall.ch

Und für Rollstühle so einzigartig wie Sie selbst (technische Anpassung und individualisierte ästhetische Gestaltung) gibt es MYküschall: www.mykuschall.ch



Küschall AG | Benkenstrasse 260 | 4108 Witterswil

Email: kueschall@invacare.com | www.kuschall.com | Visit us on facebook

kuschall® ist ein registrierter Markenname | Copyright© 12/2013, Küschall AG, Schweiz – Alle Rechte vorbehalten