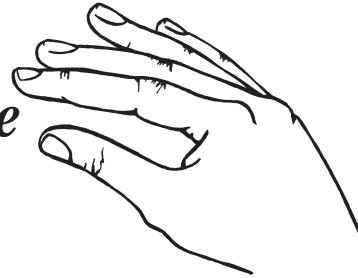


# Assessment in der Handtherapie

Vera Beckmann-Fries, Sarah G. Ewald



## Einführung

Eine Befunderhebung bildet die Basis aller handtherapeutischen Interventionen. Kenntnisse der Anatomie, Biomechanik, Sensorik und Motorik, Wundheilung, verschiedener Krankheitsbilder und Verletzungsmechanismen und deren Behandlung; aber auch der Einbezug von Betätigungs-Perfomanz und Partizipation begründen die Basis für das Assessment. Dazu kommt die Vertrautheit mit verschiedenen Tests und Messinstrumenten, das Wissen über deren Anwendung und die gekonnte Interpretation der erhobenen Ergebnisse und Messdaten.

## Assessment bezeichnet den Prozess der Einschätzung und Beurteilung

Das Assessment geht über den eigentlichen Prozess der reinen Befunderhebung hinaus: Es integriert auch die Analyse und Beurteilung der gewonnenen Daten und Informationen. LAW und LETTS (1989) fassen zusammen: „Das Assessment bildet eine essentielle Komponente für den Prozess der (Ergo-)Therapie. Es beschreibt die Stärken und Probleme einer Person, formuliert eine Prognose und evaluiert die Effekte der (Ergo-)Therapie.“

## Braucht es in der Befunderhebung der Handtherapie ein „top-down“ oder eher ein „bottom-up“ Vorgehen?

Eine Befunderhebung nach dem „top-down“ Ansatz identifiziert zuerst die sozialen Limitierungen, welche der Patient erfährt, und legt fest, welche spezifische Handlung die Rollenerfüllung des Patienten definiert, und versucht, die Gründe für ein Unvermögen einer Handlung zu eruieren. Die Befunderhebung nach dem „bottom-

up“ Prinzip setzt auf dem Niveau von pathophysiologischen Veränderungen an. Dieser Ansatz fokussiert sich auf die Defizite bezogen auf Körperfunktionen wie Greifkraft, Beweglichkeit, Sensibilität, usw. Diese Körperfunktionen werden als Voraussetzung für erfolgreiche Handlungsfähigkeit angesehen (FAWCETT 2002).

In der Nachbehandlung von akuten Handverletzungen ist meist ein Vorgehen nach dem „bottom-up“ Prinzip indiziert. In unserem nachfolgenden Beispiel besprechen wir die Befunderhebung nach einer operativ versorgten Fraktur der Grundphalanx des Kleinfingers. Hier stehen zu Beginn der Therapie, wenige Tage postoperativ, die Körperfunktionen klar im Vordergrund: Wie gut ist die Beweglichkeit der betroffenen, angrenzenden Fingergelenke? Ist eine Schwellung vorhanden? Klagt der Patient über Schmerzen? Und so weiter.

## Warum messen? Wie messen? Für meine Ziele? Um die Ziele des Patienten, des Arztes zu erreichen?

Mit der Befunderhebung und dem eigentlichen Messen und Beurteilen verfolgen wir mehrere Ziele. Als erstes gilt es, Limitierungen und Probleme zu eruieren und nachfolgend zu hierarchisieren und analysieren. Im Verlauf der Therapie ist der Erfolg oder Nichterfolg unserer Maßnahmen zu messen; es handelt sich hier um die Verlaufs- oder Ergebniskontrolle. Wir möchten auch eine Prognose wagen, im Rahmen einer möglichst realistischen Zielformulierung (KOOB 2004).

Kollektiv gesehen erlaubt das Assessment, die Effekte einer Therapie zu vergleichen: innerhalb einer Abteilung, aber auch weiter auf nationaler und internationaler Ebene. Dies fördert

das professionelle Wissen und den Status einer Berufsgruppe (SIMPSON 2005).

Messinstrumente, Tests oder Skalen sind Methoden, welche Behandlungseffekte auf eine möglichst objektive und überprüfbare Basis stellen. Klinische Beobachtungen alleine halten den Anforderungen der Objektivität und Überprüfbarkeit nicht stand. Der Einsatz von Messinstrumenten erleichtert die interdisziplinäre Kommunikation, erlaubt, den Behandlungsverlauf mit Daten zu unterlegen und hilft, den Patienten zu motivieren. Nicht zuletzt erhöht es die wissenschaftliche Glaubwürdigkeit (BIEFANG 1999).

Es gibt eine **Vielzahl von Messinstrumenten** und Tests. Wir messen mit:

- unseren Händen (Tastbefund, Muskelfunktionstest, klinische Tests)
- Instrumenten (Goniometer, Volumeter, Messband, Dynamometer, etc.)
- Fragebögen:
  - diagnosespezifisch (Boston Carpal Tunnel Questionnaire)
  - Körperregion-spezifisch (DASH)
  - allgemein (SF-36).

Ein Messinstrument oder Test soll psychometrische Qualitäten aufweisen. Das heißt, der Test soll gültig (valide), zuverlässig (reliabel) und für die Verlaufskontrolle genügend empfindlich (responsiv) sein. Hat ein Test eine perfekte Validität, misst er das, was man mit ihm messen möchte. Ein Test hat eine hohe Reliabilität, wenn wiederholtes Messen durch den gleichen Untersucher (Intratester-Reliabilität) oder einen anderen Therapeuten (Intertester-Reliabilität) zum gleichen Ergebnis

führt. Die Zuverlässigkeit eines Messinstrumentes lässt sich erhöhen, wenn alle Mitarbeiter regelmäßig in seiner exakten Anwendung geschult werden (SCHÄDLER et al. 2006). Ein gutes Messinstrument soll auch Verbesserungen oder Verschlechterungen im Therapieverlauf aufzeigen können, es soll responsiv sein.

## Befunderhebung

Die Befunderhebung startet in der ersten Therapiesitzung mit einem (eventuell vorgegebenen, strukturierten) Interview. Die Krankengeschichte wird schriftlich aufgenommen. Einige Punkte sind meist schon auf der Verordnung aufgeführt, oder ein vorliegender Operationsbericht zeigt Details auf. Anhand eines Patientenbeispiels soll nun ein möglicher Weg der Befunderhebung aufgezeichnet werden.

*Herr Muster hat sich eine Spiralfraktur der Grundphalanx am Kleinfinger seiner rechten, dominanten Hand zugezogen. Die Fraktur wurde von der Handchirurgin mit zwei Minischrauben noch am Unfalltag stabilisiert. Bereits am ersten postoperativen Tag wird Herr Muster in die Handtherapie überwiesen. Verordnet ist eine aktive, unbelastete Bewegungstherapie aus dem Soft Cast heraus.*

## Krankengeschichte

Wichtig ist die Geschichte, welche hinter einer Verletzung oder Krankheit steht. Was kann aus der Verordnung der Ärztin gelesen werden? Liegt ein Austrittsbericht der Klinik vor, wurde ein Operationsbericht beigelegt? Was erzählt der Patient über den Unfallhergang, warum und wie ist es geschehen? Ist seine dominante Hand betroffen? Was übt er für eine Arbeitstätigkeit aus? War er vor dem Unfall 100% arbeitstätig? Was hat er für Verpflichtungen? Ist er sportlich aktiv? Spielt er ein Musikinstrument? Liegt ein Formular für ein strukturiertes Interview vor, fällt die Erfassung der Krankengeschichte leichter.

*Herr Muster ist alleinerziehender Vater dreier Kleinkinder im Alter*

*von 1, 3 und 6 Jahren. Die Kinder werden in seiner Abwesenheit in einer Krippe betreut. Der Patient arbeitet zu 80% als selbstständiger Ingenieur. In seiner knappen Freizeit hat er sich ganz der Feuerwehr verschrieben.*

Mit der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) hat die WHO 2001 ein wertvolles Mittel geschaffen, um die Funktionsfähigkeit eines Patienten zu erfassen, auf den Ebenen der Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Partizipation (WHO 2001). Das bio-psycho-soziale Modell der ICF betrachtet auch die persönlichen und zur Umwelt gehörende Faktoren des Patienten, als unterstützende oder hemmende Faktoren. Hauptziel der ICF ist das Finden einer gemeinsamen Sprache, damit die intra- und interdisziplinäre Kommunikation optimiert werden kann.

*Der Patient betritt die Therapie mit der einjährigen Tochter auf dem linken Arm. Nach Worten der Begrüßung, Aufnehmen der Krankengeschichte und Informationen zur Therapie werden der Soft Cast und der darunter liegende Wundverband entfernt. Der Soft Cast weist eine Flexionsstellung von 30° in den Grundgelenken und 40° Flexion in den proximalen Interphalangealgelenken von Dig IV und V auf. Kleinfinger und Ringfinger der rechten Hand sind stark geschwollen, aus zwei Fadeneintrittsstellen tritt etwas Blut aus. Die Haut am Kleinfinger ist mäßig gerötet und glänzt leicht.*

## Der visuelle Befund

Dieser besteht daraus, zu beobachten und interpretieren:

- die Körperhaltung des Patienten
- Bewegungsabläufe (Ablegen der Jacke, wo und wie liegt die betroffene Hand, etc.)
- Hautzustand (Wunden, Trockenheit, Glanz, usw.)
- Schwellung
- Trophik
- Narben.

Auch die Stellung, in welcher der Soft Cast die betroffenen Gelenke fixiert, sollte genauer betrachtet werden. Ist diese korrekt gewählt? Wird dem Auftreten von Gelenkkontrakturen vorgebeugt? In diesem Falle trifft dies nicht zu.

*Während der Reinigung der Haut durch die Therapeutin stellt der Patient erstaunt fest, dass er ein vermindertes Gefühl an der Außenkante des Kleinfingers habe – ob dies normal sei und sich die Sensibilität wieder erholen werde? Herr Muster erwähnt nun, dass er froh sei, von der Handchirurgin Schmerzmedikamente bekommen zu haben. Er nehme diese regelmäßig viermal pro Tag ein.*

Diese oben genannten Punkte fallen in den Bereich der subjektiven Äußerungen des Patienten. Lassen sich diese Aussagen objektivieren?

## Erfassung von Schmerz

Im Rahmen der Befunderhebung ist die Erfassung von Schmerz ein zentraler Punkt. Gemäß der ICF gehört der Schmerz zu den Körperfunktionen und wird als „ein subjektives Empfinden eines unangenehmen Gefühls“ definiert. Die Wahrnehmung von Schmerz wird entscheidend von der jeweiligen Situation und von vorangegangenen Erfahrungen geprägt und bedingt in der Regel ein Verlangen nach Beendigung und künftiger Meidung des auslösenden Reizes. Dieses Zusammenspiel aus Sensation, Kognition und Affekt macht Schmerz zu einem höchst subjektiven Phänomen (PLONER 2006). Ein wichtiger Grund für die Messung von Schmerz ist, dem Patienten ein Gefühl der Kontrolle zu geben und es hat einen positiven Effekt auf seine Bewältigungsstrategien (CORC et al. 2004).

Durch Kenntnisse der verschiedenen Stadien in der Wundheilung und über den Heilungsverlauf nach einer Verletzung versucht der Therapeut die Schmerzangabe des Patienten einzuordnen. Entspricht die Schmerzangabe dem zu erwartenden Bild nach dieser Verletzung? Wenn nicht,